

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา
สัมพันธ์ภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้า
ของหญิงในระยะตั้งครรภ์



นางสาวโสเมสสิริ รอดพิพัฒน์

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-17-6145-7

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN AGE, PERCEIVED PREGNANCY RISKS, PERCEIVED MARITAL
COMPETENCE, MARITAL RELATIONSHIP, SOCIAL SUPPORT, AND
ANTEPARTUM DEPRESSION



Miss Somsiri Rodpipat

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-17-6145-7

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้
ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการ
สนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์

โดย

นางสาวโสมลสิริ รอดพิพัฒน์


สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

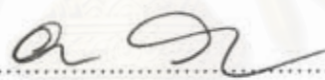
อาจารย์ที่ปรึกษา

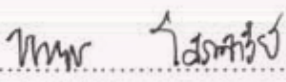
อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภจรรย์ชัย

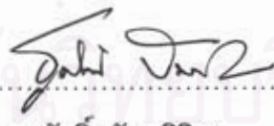
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธัชชัย)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภจรรย์ชัย)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

สถาบันพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โสมสิริ รอดพิพัฒน์ : ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ (RELATIONSHIPS BETWEEN AGE, PERCEIVED PREGNANCY RISKS, PERCEIVED MATERNAL COMPETENCE, MARITAL RELATIONSHIP, SOCIAL SUPPORT, AND ANTEPARTUM DEPRESSION) อ.ที่ปรึกษา:
อ. ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์, 116 หน้า. ISBN 974-17-6145-7

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ และเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์จากอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่3 (อายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์) ที่ได้มาจากกลุ่มเมื่อมาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลสมุทรสาคร และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา แบบสอบถามสัมพันธภาพของคู่สมรส แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ แบบสอบถามทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ 86 .70 .77 .90 และ .79 ตามลำดับ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ร้อยละ 12.51

2. อายุ และการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.26$) สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.58$ และ $r = -.40$ ตามลำดับ)

3. อายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 9.9 ($R^2 = .399$, $F = 15.148$, $p < .05$) โดยสมการในรูปคะแนนมาตรฐานคือ

$$Z_{\text{ภาวะซึมเศร้า}} = -.520(\text{สัมพันธภาพของคู่สมรส}) - .252(\text{การสนับสนุนทางสังคม}) \\ -.062(\text{การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์}) - .016(\text{อายุ}) + .004(\text{การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา})$$

สาขาวิชา...พยาบาลศาสตร์...

ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา...2547...

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4577625636 : MAJOR NURSING

KEY WORD: PERCEIVED PREGNANCY RISKS/ PERCEIVED MATERNAL COMPETENCE/
MARITAL RELATIONSHIP/ SOCIAL SUPPORT/ ANTEPARTUM DEPRESSION

SOMSIRI RODPIPAT: RELATIONSHIPS BETWEEN AGE, PERCEIVED PREGNANCY
RISKS, PERCEIVED MATERNAL COMPETENCE, MARITAL RELATIONSHIP, SOCIAL
SUPPORT, AND ANTEPARTUM DEPRESSION. THESIS ADVISOR : CHOMPUNUT
SOPAJAREE. Ph.D. 116 pp. ISBN 974-17-6145-7

The purposes of this research were to examine the relationships between age, perceived pregnancy risks, perceived maternal competence, marital relationship, social support, and antepartum depression in pregnant women and to determine abilities of age, perceived pregnancy risks, perceived maternal competence, marital relationship and social support in predicting antepartum depression. One hundred and twenty subjects who were in third trimester of pregnancy (Gestational age 28-40 weeks) and attended the antenatal clinic at Samutsakorn Hospital and Prapokkiao Hospital. Research instruments were perceived pregnancy risks, perceived maternal competence, marital relationship, social support, and antepartum depression questionnaires. The content validity and internal consistency were established. Cronbach's alpha were .86 .70 .77 .90 and .79 respectively. Statistical techniques used in data analysis were percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation, and multiple regression. Major finding were as follows:

1. The incidence of antepartum depression was 12.51 percents.
2. Age and perceived pregnancy risks were not significantly correlated with antepartum depression. Perceived maternal competence was significantly negatively correlated with antepartum depression ($r = -.26, p < .01$). Marital relationship and Social support were significantly negatively correlated with antepartum depression, respectively ($r = -.58 p < .01, r = -.48 p < .01$).
3. For the predictive abilities, all predictors together accounted for 39.9 percents of the variance in predicting antepartum depression ($R^2 = .399, F = 15.148, p < .05$). The standardized equation derived from the analysis was:

$$Z_{\text{Depression}} = -.520(\text{marital relationship}) - .252(\text{social support}) - .062(\text{perceived pregnancy risks}) \\ - .016(\text{age}) + .004(\text{perceived maternal competence})$$

Field of study.....Nursing..Science.....

Student's signature.....

Academic Year.....2004.....

Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ ดร. ชมพูนุช ไสภอาจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจกับผู้วิจัยมาตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย ที่ให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และคำแนะนำเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้กับผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการศึกษา และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยบางส่วนในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบคุณพยาบาลและเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมุทรสาคร และโรงพยาบาลพระปกเกล้าทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนขอขอบคุณหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์และเจ้าหน้าที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรีทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ พ.ต.ท.สุทัศน์ รอดพิพัฒน์ และคุณแม่จุฬาร รอดพิพัฒน์ รวมทั้งสมาชิกทุกคนในครอบครัว ที่คอยเป็นกำลังใจ ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือทุกสิ่ง และส่งเสริมผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา จนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภาพ.....	ญ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
แนวเหตุผลสมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์.....	28
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา.....	31
แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพของคู่สมรส.....	33
แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม.....	35
รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	41
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	44
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	49
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	51
การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล.....	53

บทที่

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	65
สรุปผลการวิจัย.....	65
อภิปรายผลการวิจัย.....	67
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	74
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	74
รายการอ้างอิง.....	78
ภาคผนวก.....	88
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล.....	87
ภาคผนวก ข รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	97
ภาคผนวก ค หนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย.....	98
ภาคผนวก ง การตรวจสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของสัมพันธมิตร สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ.....	101
ภาคผนวก จ แผนภาพแสดงการแจกแจงปกติของตัวแปร.....	107
ภาคผนวก ฉ ข้อมูลแสดงการกระจายของอายุของกลุ่มตัวอย่าง และแผนภาพความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะซึมเศร้า ของหญิงในระยะตั้งครรภ์.....	111
ภาคผนวก ช ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณด้วยวิธีการเพิ่มตัวแปรขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis).....	113
ภาคผนวก ซ คู่มือการให้คะแนนแบบสอบถามสัมพันธภาพของคู่สมรส.....	114
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	116

สารบัญตาราง

ณ

ตาราง	หน้า
1. ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามสัมพันธภาพของคู่สมรส แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์.....	51
2. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และค่าต่ำสุด-สูงสุดของกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามอายุ และระดับการศึกษา.....	57
3. จำนวน ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามสถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะของครอบครัว ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ประสบการณ์การแท้งบุตร ประสบการณ์การคลอด และประวัติการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า.....	58
4. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ และช่วงคะแนนที่เป็นจริงของภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์.....	60
5. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ และช่วงคะแนนที่เป็นจริงของการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม.....	61
6. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์.....	63
7. ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตัวแปรพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์.....	64
8. ผลการทดสอบโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test.....	102
9. ค่าสัดส่วนของความแปรปรวนของตัวแปรอิสระ (Tolerance) ค่าความแปรปรวนที่เพิ่มขึ้นของตัวแปรอิสระ (VIF) ของอายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม.....	106
10. จำนวนของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามอายุ.....	111

ตารางที่

หน้า

11. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือก
เข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และทดสอบ
ความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change)
ในการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ เมื่อใช้วิธีการ
เพิ่มตัวแปรแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis..... 113



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะจิตใจผิดปกติที่มีผลทำให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าจะเกิดความรู้สึกผิดหวัง รู้สึกล้มเหลว เศร้า ไม่มีความสุข ท้อแท้ เกิดความเฉื่อยชาต่อสิ่งแวดลุ่มรอบตัว (Smith & Shimp, 2000) ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกวัย โดยเฉพาะเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 20 ของผู้หญิง เคยมีประสบการณ์ของภาวะซึมเศร้าในช่วงหนึ่งของชีวิต (Kessler, et al., 1994) ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในบุคคลทั่วไปพบร้อยละ 5-18 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2541) และจากสถิติของกรมสุขภาพจิตพบว่า ในปี 2544 ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตด้วยภาวะซึมเศร้ามีอัตราการเกิด 94.90 คนต่อประชากรแสนคน และเพิ่มขึ้นเป็น 168.28 คนต่อประชากรแสนคนในปี 2545 (www.moph.go.th)

จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ พบสถิติของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันไป ทั้งนี้เนื่องจากเป็นการศึกษาที่ใช้วิธีการในการศึกษา ระยะเวลาที่ศึกษา เครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้า และสถานการณ์ที่ศึกษาที่แตกต่างกัน ตัวอย่างได้แก่งานวิจัยที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 16 มีปัญหาทางด้านอารมณ์ (Lee, 1983 อ้างถึงใน สุภาพร โรจนศักดิ์โสธร, 2529) Waston และคณะ (1984) ได้ติดตามมารดา 128 คนในขณะตั้งครรภ์พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 6 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ O'Hara (1986) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีอาการซึมเศร้าก่อนคลอดร้อยละ 9 ส่วน Buesching, Glasser & Frate (1986) ศึกษาเกี่ยวกับขบวนการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด โดยวัดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ในระยะไตรมาสที่ 1, 2, และ 3 พบว่า ภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำถึงปานกลาง พบมากที่สุดในช่วงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะสัปดาห์ที่ 36-40 ซึ่งพบอัตราการเกิดร้อยละ 29.8 ส่วนภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง พบมากในช่วงตั้งครรภ์สัปดาห์ที่ 20-24 และสัปดาห์ที่ 36-40 โดยพบอัตราการเกิดเท่ากันคือ ร้อยละ 7 รวมเป็นการพบภาวะซึมเศร้าใน 36 – 40 สัปดาห์ ถึงร้อยละ 36.8 นอกจากนี้ Pajulo และคณะ (2001) ศึกษาอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 18-35 สัปดาห์ พบว่าภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 7.7

สำหรับในประเทศไทย การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์พบเพียงการศึกษาของ วัฒนีย์ แสงหิรัญ (2536) ซึ่งได้ศึกษาความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 338 คน ที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลราชวิถี วัดภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบสอบถามอาการซึมเศร้า CES-D (Center of Epidemiologic

Depression Scale) พบภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ ร้อยละ 35.2 และการศึกษาของ สมบัติ สรรพอุดม และคณะ (2541) พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 36-40 สัปดาห์ ร้อยละ 36.3 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ นราภรณ์ ชาญชัย (2534) ที่พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ (อายุครรภ์ 36-40 สัปดาห์) อัตราร้อยละ 38.5 และจากการศึกษาของ ปิ่นแก้ว โชติอำนวย (2543) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 36-40 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital Anxiety and Depression Scale : HASD) พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 5 จากผลการศึกษาดังกล่าวทั้งในประเทศและต่างประเทศแสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์จะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดด้วย (นราภรณ์ ชาญชัย, 2534) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dimitrovsky, Perez-Hirshberg & Itskowitz (2001) ซึ่งศึกษาภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 30 – 36 สัปดาห์ พบการเกิดภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ระดับต่ำ ร้อยละ 27.78 ระดับปานกลางและรุนแรง ร้อยละ 18.52 รวมเป็นภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 46.30 และพบว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดมีความสัมพันธ์กัน ($r = .42, p < .001$) นอกจากนี้การศึกษาของ Evans และคณะ (2001) เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด พบว่า ร้อยละ 25 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด เริ่มมีอาการที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ และพบว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นสูงสุดในช่วงเดือนที่ 8 ของการตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้า หรือมีปัญหาทางด้านจิตใจมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกายของหญิงตั้งครรภ์ เช่น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง เบื่ออาหาร หรือมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด หรืออาจแสดงออกในลักษณะของความเฉื่อยชา ไม่ดูแลตนเอง ไม่มาฝากครรภ์ตามกำหนด หรือมาฝากครรภ์ช้า ดังการศึกษาของ วัฒนีย์ แสงหิรัญ (2536) ที่ศึกษาผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งของหญิงตั้งครรภ์เองและทารกในครรภ์ โดยอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์และคลอดได้ เช่น คลอดยาก คลอดก่อนกำหนด และคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย ดังที่ Lightfoot (1982 อ้างถึงใน วัฒนีย์ แสงหิรัญ, 2536) ศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีปัญหาหรือมีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chung และคณะ (2001) ได้ศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าในระหว่างการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการใช้ยาาระงับความเจ็บปวดขณะคลอด การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การใช้เครื่องมือช่วยคลอด และการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด (Neonatal intensive care unit) นอกจากนี้ยังพบว่าหากอาการซึมเศร้าดำเนินไปถึงในระยะเวลาหลังคลอดก็จะก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวมารดาเอง บุตร และครอบครัวได้ (Warner, et al., 1996) กล่าวคือ มารดาจะมีการรับรู้น้อยลง ไม่สนใจตนเองและสิ่งรอบข้าง นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย สร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารกไม่ได้ ไม่ยอมรับบุตร ละทิ้งบุตร และทำร้ายบุตร บุตรที่เกิดจากมารดาที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะมีพัฒนาการทางสติปัญญาต่ำกว่าเด็กทั่วไป เรียนหนังสือได้ไม่ดีเพราะขาดสมาธิและความมั่นใจในตนเอง หนีโรงเรียน และเข้ากลุ่มเพื่อนที่มีปัญหา ร่วมกัน มั่วสุ่มยาเสพติด (Gross, et al., 1995) สำหรับครอบครัวที่มารดาอยู่ในภาวะซึมเศร้า บุคคลในครอบครัวก็ย่อมมีความวิตกกังวลที่มารดาดูแลบุตรได้ไม่ดี และในขณะที่เดียวกันก็ต้องคอยดูแลมารดาที่มีภาวะซึมเศร้านั้นด้วย เป็นเหตุให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวลดน้อยลง และถ้ามีภาวะซึมเศร้าอยู่เป็นเวลานาน ก็อาจจะส่งผลถึงชีวิตสมรสซึ่งอาจนำไปสู่การแยกทางหรือ หย่าร้างกันก็ได้ (Paykel, et al., 1980; Cox, et al., 1982)

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร่ายังไม่มีทฤษฎีใดบอกไว้ชัดเจน แต่สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีทางชีวภาพ (Biologic Theories) และทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial Theories) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศรานั้นเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ร่วมกัน (O'Brien, Kenedy, & Ballard, 1999) โดยทฤษฎีทางชีวภาพจะกล่าวถึงสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับสมดุลของสารชีวเคมีต่าง ๆ ในสมอง เช่น Acetylcholine, Serotonin, Dopamine, และ Norepineprine รวมถึงการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ในขณะที่ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial Theories) อธิบายถึงว่า ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของแต่ละบุคคล ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ และเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า (Minot, 1986 cited in O'Brien, Kenedy, & Ballard, 1999) และจากการสังเคราะห์ทฤษฎีต่าง ๆ ร่วมกับการทบทวนรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้นั้นสามารถจำแนกได้เป็น 2 ปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ (เพ็ญศรี หลินศุวนนท์, 2543: สายยนต์ เจริญขำ, 2535) อายุ (สายยนต์ เจริญขำ, 2535: Colletta, 1983) การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน (Melges, 1968 อ้างถึงใน สายลม เกิดประเสริฐ, 2542) การเปลี่ยนแปลงระดับ Dopamine (Handley, et al., 1980) รายได้ของครอบครัว (เพ็ญศรี หลินศุวนนท์, 2543: Seguin, et al., 1995) ความเครียดในเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต (Tilden, 1983: Mi-Yong Jho, 2001) เป็นต้น และ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใน

ครอบครัว และบุคคลในสิ่งแวดล้อม เช่น เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545: Tilden, 1983) เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพิจารณาเลือกปัจจัยเพียงบางตัวที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่มีความเฉพาะในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม มาเป็นตัวแปรในการศึกษา ทั้งนี้เนื่องจาก อายุ มีผลต่อพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ประสิทธิภาพ และความอดทนต่อเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ดังการศึกษาของ ปิ่นแก้ว โชติอำนวย (2543) ที่ระบุว่าอายุสามารถร่วมทำนายอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดได้ โดยพบว่ามารดาที่มีอายุน้อยหรือตั้งครรภ์ครั้งแรกจะมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า ส่วน Zuckerman, Amaro, & Cabral (1989) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์พบผลการศึกษาที่ขัดแย้งกันคืออาการซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น

สำหรับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์เป็นภาวะที่ทำให้มารดาและทารกในครรภ์มีอันตรายหรือมีโอกาสเสี่ยงตายสูงขึ้น (วินิต พัวประดิษฐ์, 2537) ปัจจัยที่แพทย์ใช้พิจารณาว่าหญิงตั้งครรภ์รายใดมีภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์นั้นสามารถพิจารณาได้จากรูปร่างภายนอกของหญิงตั้งครรภ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และประสบการณ์ในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน (Oakley, 1992 cited in Page, 2000) ซึ่งการจัดหญิงตั้งครรภ์ให้อยู่ในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูงนั้น มีผลในการเพิ่มความเครียด และความวิตกกังวลให้กับหญิงตั้งครรภ์ได้ (Chalmers, 1982 cited in Page, 2000) อย่างไรก็ตามการตั้งครรภ์ถึงแม้ว่าจะไม่มีภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ทุกรายรับรู้ถึงการมีข้อจำกัด (Self-limiting event) และโอกาสเสี่ยงทั้งของตนเองและทารกในครรภ์ในการเกิดอันตรายได้ (Mandeville & Troiano, 1999) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาหรือสิ่งรบกวนต่าง ๆ ในระหว่างตั้งครรภ์ เช่น การต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นจำนวนมากในระหว่างตั้งครรภ์ อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ ที่นำไปสู่การรับรู้ภาวะเสี่ยงของมารดาเพิ่มขึ้น (Mandeville & Troiano, 1999) ซึ่งการรับรู้นี้จะมีผลต่อความเชื่อของแต่ละบุคคล (Tversky & Kahnemann, 1974) ส่วน Chalmers (1982 cited in Page, 2000) ยังศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์นั้นทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลในการตั้งครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นเหตุให้หญิงตั้งครรภ์สูญเสียความเชื่อมั่นในการคลอด Kolker & Burke (1993) ศึกษาการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์จำนวน 120 ราย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่วัยตั้งครรภ์ พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ มีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพ การปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ และความรุนแรงของโอกาสใน

การสูญเสียทารกในครรภ์ หรือการคลอดทารกที่มีความพิการ ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร่ายังพบอีกว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาตามการรับรู้ของมารดาเอง มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยมารดาที่มีความรู้/ทักษะเกี่ยวกับการดูแลบุตร และสามารถดำรงบทบาทมารดาได้ดี จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในทางบวกเพิ่มมากขึ้น โดยการรับรู้บทบาทในการเป็นมารดาจะพัฒนาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ดังการศึกษาของ Deutsch และคณะ (1988) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาข้อมูล ความรู้ และการให้ความหมายตนเอง ในระหว่างการปรับบทบาทมารดาเป็นครั้งแรกในผู้หญิงจำนวน 600 คน ที่วางแผนว่าจะตั้งครรภ์ภายใน 2 ปี ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้หญิงมีความกระตือรือร้นที่จะแสวงหาข้อมูลล่วงหน้าก่อนที่จะคลอดบุตรคนแรก 2) ใช้ข้อมูลเหล่านี้สร้างภาพลักษณ์ในการเป็นมารดาของตน และ 3) หลังจากคลอดบุตร การให้ความหมายตนเองจะเปลี่ยนจากแหล่งข้อมูลที่เคยได้รับ มาเป็นประสบการณ์ตรงที่ให้การดูแลบุตร ผู้วิจัยสรุปว่า มารดาสร้างแนวคิดการเรียนรู้บทบาทของตนเองทางสังคม ร่วมกับการแสวงหาข้อมูลความรู้ และการให้ความหมายตนเองในการพัฒนาแนวคิดการเป็นมารดาของตนเองขึ้น (Self conception) ระหว่างการปรับบทบาทใหม่ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนกระทั่งหลังคลอด Sank (1991 อ้างถึงใน สุพรรณณี สุ่มเล็ก, 2538) ศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาของบิดามารดาอเมริกันผิวดำในระยะก่อนคลอด มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมารดา จากการศึกษาของ Shereshefsky & Yarrow (1973, อ้างถึงใน สุพรรณณี สุ่มเล็ก, 2538) พบว่า มารดาที่มีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาที่ดี จะมีความแข็งแกร่งทางจิตใจ และมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Curry (1983) พบว่า ผู้หญิงที่ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดาได้ หรือไม่ไว้ใจความสามารถของตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มักจะมีภาพลักษณ์ของตนเองต่ำ และปรับตัวต่อการเป็นมารดาได้ยาก นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดานั้นเกิดขึ้นได้จากพัฒนาการของการคิดรู้ โดยกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองทางสังคม (Self socialization) ด้วยการแสวงหาข้อมูลความรู้ (Information seeking) และให้ความหมายตนเอง (Self definition) โดยได้รับอิทธิพลจากคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Giband-Walston, 1977 อ้างถึงใน สุพรรณณี สุ่มเล็ก, 2538)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ เช่น การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพของคู่สมรส โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันที่ครอบครัวไทยเปลี่ยนโครงสร้างจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวซึ่งประกอบด้วย บิดา มารดา และบุตรเพิ่มมากขึ้น (จรรยา สุวรรณทัต, 2539) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสซึ่งบ่งถึงการปรับตัวเข้าหากัน

ของคู่สมรส (Locke & Williamson, 1958 อ้างถึงใน พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, 2540) จึงเป็นปัจจัยที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับตัวยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ และคลายความวิตกกังวลรวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังการศึกษาของ Dimitrovsky และคณะ (2001) ซึ่งศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของคู่สมรสกับการเกิดภาวะซึมเศร้า การมีสัมพันธภาพกับคู่สมรสในระดับต่ำระหว่างตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ได้

คู่สมรสเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับหญิงตั้งครรภ์ที่สามารถดูแล และให้การสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ได้เป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ คู่สมรสจะเป็นผู้ที่ภรรยารักใคร่ ต้องการอยู่ใกล้ชิด บอกถึงความสุขและความทุกข์ต่าง ๆ ต้องการได้รับการกำลังใจ (Brown, 1986) แต่จะเห็นได้ว่านอกจากคู่สมรสแล้วบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่รอบข้างหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมของหญิงตั้งครรภ์ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังการศึกษาของ Cronenwett (1985) พบว่า นอกจากสามีแล้วผู้ที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคม อันได้แก่ การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินคุณค่า (House, 1981) ก็มีเครือข่าย เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน และเพื่อนสนิท ที่จะเป็นผู้ให้การสนับสนุนและเป็นเครือข่ายในสังคมได้ ดังการศึกษาของ O'Hara (1986) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ไม่มีอาการซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์จะได้รับการสนับสนุนจากสามีและผู้ใกล้ชิดมากกว่ากลุ่มที่มีอาการซึมเศร้า ซึ่งผลของการวิจัยสนับสนุนความเชื่อที่ว่า การสนับสนุนที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับจากสามีและบุคคลรอบข้างมีความสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์

สัมพันธภาพของคู่สมรส คือการที่คู่สมรสพยายามปรับตัวเข้าหากันภายหลังแต่งงาน โดยพยายามหลีกเลี่ยงหรือแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้คู่สมรสไม่เข้าใจกัน สามารถสังเกตได้จากการมีความเป็นเพื่อนซึ่งกันและกัน ความเห็นพ้อง ความสนิทสนมรักใคร่ซึ่งกันและกัน การให้อภัยกัน (Locke & Williamson, 1958 อ้างถึงใน พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, 2540) ซึ่งหากร่วมกับการมีแรงสนับสนุนที่ดีซึ่งหมายถึงการสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินคุณค่า (House, 1981) จากสามี และบุคคลรอบข้างก็จะส่งผลถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังการศึกษาของพรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) ซึ่งศึกษาภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด พบว่า ทั้งสัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยสัมพันธภาพของคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการสนับสนุนทางสังคม ($r = .15, p < .001$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ สุพรรณิณี สุ่มเล็ก (2538) และ พรทิพย์ โชคทวีพานิชย์ (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคมในมารดาหลังคลอด พบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลาง

($r = .57, p < .001$ และ $r = .51, p < .01$ ตามลำดับ) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า สัมพันธภาพของคู่สมรสไม่ใช่สิ่งเดียวกันกับการสนับสนุนทางสังคมตามการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์เอง

จากปัญหาและแนวคิดดังกล่าวจะเห็นได้ว่า หากหญิงตั้งครรภ์มีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์จะก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์เองและทารกในครรภ์ ทั้งยังส่งผลสืบเนื่องไปสู่มารดาและทารกในระยะหลังคลอด ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาสังคมและก่อให้เกิดภาวะแก่ประเทศชาติในอนาคตได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะพบในระยะไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ และหากเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะนี้ก็จะส่งผลถึงภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดด้วย การศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ในต่างประเทศนั้นพบได้พอควร สำหรับในประเทศไทย มีเพียงการศึกษาของนราภรณ์ ชาญชัย (2534), วัฒนีย์ แสงศิริชัย (2536), สมบัติ สรรพอุดม และคณะ (2542) และ ปิ่นแก้ว โชติอำนวย (2543) เท่านั้นที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์ ประกอบกับสถานการณ์ปัจจุบันซึ่งอยู่ในภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ เกิดอัตราการว่างงานเพิ่มมากขึ้น สามีภรรยาต้องช่วยกันหารายได้เพื่อดูแลครอบครัว ซึ่งน่าจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตในระยะตั้งครรภ์ จึงน่าจะพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ และศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้มีศึกษามาแล้วว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ชาวตะวันตกและภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด ว่ามีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยอย่างไร ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ต่อไป เพื่อให้ได้ทารกที่มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์จากอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์เป็นอย่างไร
2. อายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์หรือไม่ อย่างไร
3. อายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม มีความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์หรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ โดยภาวะซึมเศร้าเป็นการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และความรู้สึกที่เกี่ยวกับความเศร้าใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และพฤติกรรม เกิดความคิดในแง่ลบเกี่ยวกับตนเองและสังคม ในการคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้ายังไม่มีแนวคิดใดระบุไว้ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสร้างกรอบแนวคิดเชิงมโนทัศน์ (Conceptual Framework) จากการทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ดังนี้

อายุ มีผลต่อพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ประสบการณ์ และความอดทน ต่อเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต จากการศึกษาของ Zuckerman, Amaro, & Cabral (1989) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์พบว่า อาการซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น ซึ่งขัดแย้งกับ ปิ่นแก้ว โชติอำนวย (2543) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถทำนายการเกิดอาการซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า อายุสามารถร่วมทำนายอาการซึมเศร้าได้โดยพบว่า มารดาที่มีอายุน้อยหรือตั้งครรภ์ครั้งแรกจะมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า ดังนั้นจะเห็นได้ว่ายังไม่มีงานวิจัยใดสรุปได้ว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในทิศทางใด

การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์เป็นภาวะที่ทำให้มารดาและทารกในครรภ์มีอันตรายหรือมีโอกาสเสี่ยงตายสูงขึ้น (วินิต พัวประดิษฐ์, 2537) การที่หญิงตั้งครรภ์ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูงนั้น สามารถเพิ่มความเครียด และความวิตกกังวลให้กับหญิงตั้งครรภ์ได้ (Chalmers, 1982 cited in Page, 2000) อย่างไรก็ตามการตั้งครรภ์ถึงแม้ว่าจะไม่มีภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ทุกรายรับรู้ถึงการมีข้อจำกัด (Self-limiting event) และโอกาสเสี่ยงทั้งของตนเองและทารกในครรภ์ในการเกิดอันตรายได้ (Mandeville & Troiano,

1999) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาหรือสิ่งรบกวนต่าง ๆ ในระหว่างตั้งครรรค์ เช่น การต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เป็นจำนวนมากในระหว่างตั้งครรรค์ อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ของหญิงตั้งครรรค์ ที่นำไปสู่การรับรู้ภาวะเสี่ยงของมารดาเพิ่มขึ้น (Mandeville & Troiano, 1999) ซึ่งการรับรู้จะมีผลต่อความเชื่อของแต่ละบุคคล (Tversky & Kahnemann, 1974) Chalmers (1982 cited in Page, 2000) ยังศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงในขณะตั้งครรรค์ นั้นทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลในการตั้งครรรค์แก่หญิงตั้งครรรค์ ซึ่งเป็นเหตุให้หญิงตั้งครรรค์สูญเสียความเชื่อมั่นในการคลอด Kolker & Burke (1993) ศึกษาการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรรค์จำนวน 120 คน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ในระยะตั้งครรรค์ พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรรค์ มีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพ การปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรรค์ และความรุนแรงของโอกาสในการสูญเสียทารกในครรรค์ หรือการคลอดทารกที่มีความพิการ ทำให้หญิงตั้งครรรค์เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา หมายถึง การที่หญิงตั้งครรรค์มีความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการเป็นมารดาของตน โดยความยาก/ง่ายของการรับบทบาทใหม่ในการเป็นมารดาของแต่ละบุคคลนั้นขึ้นกับระดับของความผูกพัน (Commitment) กับบทบาท ความรู้สึกรับรู้ถึงความสามารถในบทบาท (Competence) ความขัดแย้งในบทบาทกับบทบาทอื่น ๆ หรือกับค่านิยมของบทบาทในสังคม รวมทั้งการเรียนรู้บทบาททางสังคมที่มีมาก่อน และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ (Burr, et al., 1979 อ้างถึงใน สุพรรณณี สุ่มเล็ก, 2538) การรับรู้ความสามารถในบทบาท (Competence) จะนำไปสู่ความรู้สึกในทางบวกต่อบทบาทการเป็นมารดาเพิ่มขึ้น และทำให้มารดามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น (Mercer, 1985) Sank (1991 อ้างถึงใน สุพรรณณี สุ่มเล็ก, 2538) ศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาของบิดามารดา อเมริกันผิวดำในระยะก่อนคลอด มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมารดา ดังการศึกษาของ Shereshefsky & Yarrow (1973, อ้างถึงใน สุพรรณณี สุ่มเล็ก, 2538) พบว่า มารดาที่มีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาที่ดี จะมีความแข็งแกร่งทางจิตใจ และมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Curry (1983) พบว่า ผู้หญิงที่ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดาได้ หรือไม่ไว้วางใจความสามารถของตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มักจะมีภาพลักษณ์ของตนเองต่ำ และปรับตัวต่อการเป็นมารดาได้ยาก นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

สัมพันธภาพของคู่สมรส หมายถึง การที่คู่สมรสพยายามปรับตัวเข้าหากันภายหลังแต่งงาน โดยพยายามหลีกเลี่ยงหรือแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้คู่สมรสไม่เข้าใจกัน คู่สมรสที่มีการปรับตัวได้ดีหรือคู่สมรสที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดีสามารถสังเกตได้จากคู่สมรสที่มีความ

เป็นเพื่อนซึ่งกันและกัน มีความเห็นพ้องกัน สนับสนุนรักใคร่ซึ่งกันและกัน มีความยืดหยุ่นให้อภัยกัน (Locke & Williamson, 1985 อ้างถึงใน พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, 2540) ความเห็นพ้องกันของคู่สมรสเป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้คู่สมรสไม่มีการทะเลาะเบาะแว้งกัน ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าลดลง ดังการศึกษาของ พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) ศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสด้านความเห็นพ้องกันของคู่สมรส สามารถทำนายความแปรปรวนของอาการซึมเศร้าภายหลังคลอดได้ร้อยละ 22.52 และการศึกษาของ Dimitrovsky และคณะ (2001) ซึ่งศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของคู่สมรสกับการเกิดภาวะซึมเศร้า การมีสัมพันธภาพกับสามีในระดับต่ำระหว่างตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์ และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอดได้

การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมจากสามีและบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมของมารดา เช่น บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ก็มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังการศึกษาของ ลู หง (2543) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในหญิงที่มีบุตรคนแรก พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.44, p = .01$) โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญคือ สามี บิดามารดา และบิดามารดาของสามี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tilden (1984) ที่พบว่า การขาดการสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง ของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีสามีทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเครียดในชีวิตและวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีสามี ส่วนการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ของหญิงทั้งที่มีและไม่มีสามี ไม่แตกต่างกัน Barrera (1981, อ้างถึงใน พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, 2540) ศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่า ความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนทางสังคมที่มารดาได้รับมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการทางจิตของมารดาวัยรุ่น และพบว่าความเครียดในชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายผลอาการซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่นได้

จากการทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่ผ่านมา การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาเกี่ยวกับ อายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์และสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ได้ โดยผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ต่อไป

จากงานวิจัยที่ทบทวนดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์
2. การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์
3. การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์
4. อายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ และมารับการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลสังกัดของรัฐ
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลสังกัดของรัฐ ที่มีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 3 (อายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์) โดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) คนเว้นคน หลังทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับสลากเพื่อคัดเลือกสถานที่ที่จะทำการศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา

- 3.1 ตัวแปรต้น คือ อายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม
- 3.2 ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ การคิดรู้สึกรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออก และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งประเมินจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า CES-D (Center of Epidemiologic Depression Scale) ของสถาบันสุขภาพจิต แห่งสหรัฐอเมริกา แปลโดย วิไล คุปต์นิริติชัยกุล และ พนม เกตุมาน (2540)

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุหญิงตั้งครรภ์ นับถึงวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล

การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์ที่มีต่อการตั้งครรภ์และการคลอดของตนเองถึงอันตราย การเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่อตนเองและทารกในครรภ์ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร บทความ หนังสือ และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์ เกี่ยวกับความสามารถในการเป็นมารดาของตนเองซึ่งเป็นการคาดการณ์ความสามารถของตนภายหลังการให้กำเนิดทารก การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) การรับรู้คุณค่าการเป็นมารดา และ/หรือความพอใจในบทบาทการเป็นมารดาของตนเอง (Valuing/Comfort) และ 2) ความสามารถในทักษะ และ/หรือความรู้ (Skill/Knowledge) ที่ควรมีในการเป็นมารดาที่ดี ประเมินโดยคะแนนรวมของการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา (Parenting Sense of Competency Scale- Mother form) สร้างโดย Gibaud-Wallston & Wanderman (1978) ตามแบบจำลองของ Wagner & Morse's (1975) แปลโดย สุพรรณณี สุ่มเล็ก (2538)

สัมพันธภาพของคู่สมรส หมายถึง ความรู้สึก ความเข้าใจของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่เกิดจากการปรับตัวระหว่างตนกับสามีในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งแสดงออกในลักษณะของ ความเห็นพ้องของคู่สมรส ความปรองดองของคู่สมรส และ ความไว้วางใจซึ่งกันและกันของคู่สมรส ซึ่งสามารถประเมินได้จากการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้แบบวัดการปรับตัวในชีวิตสมรส (Marital Adjustment Test, MAT) ของ Locke & Wallace (1959) แปลโดย พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ทางด้านจิตใจ และอารมณ์ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินคุณค่า จากบุคคลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือเครือข่ายทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ในขณะตั้งครรภ์ และมีความพึงพอใจกับการมีปฏิสัมพันธ์นั้น ๆ สามารถประเมินได้จากการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการสนับสนุนภายหลังคลอด (Postpartum Support Questionnaire) ของ Logsdon (1994) ซึ่งสร้างขึ้นโดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) และ Cronenwett (1985) ฉบับแปลโดย พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะซีมเศร้ำในระยะตั้งครรภ์ โดยคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อม
2. เป็นข้อมูลสนับสนุนในการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเกิดภาวะซีมเศร้ำในระยะตั้งครรภ์ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับภาวะซีมเศร้ำในระยะตั้งครรภ์ รวมทั้งเป็นแนวทางในการเพิ่มพูนความรู้ให้แก่นักศึกษาทั้งในระดับปริญญาตรีและโท ในการให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะเป็นองค์รวมอย่างแท้จริง
3. เป็นข้อมูลให้ผู้สนใจในการทำการศึกษาร่วมเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซีมเศร้ำในระยะตั้งครรภ์ในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ รวมทั้งศึกษาความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์จากอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอตามลำดับดังนี้

- 1) ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์
- 2) ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์
- 3) บทบาทของพยาบาลในการดูแลหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์
- 4) การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์
- 5) การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา
- 6) สัมพันธภาพของคู่สมรส
- 7) การสนับสนุนทางสังคม
- 8) รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ความหมาย

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกเบื่อ หดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดอยากตาย (วิวัฒน์ยถาธานนท์, พันธศักดิ์ วราห์ศุวปติ, อภิชัย มงคล, และทวี ตั้งเสรี, 2536)

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึงภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนีดตัวเอง

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤต หรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ การคิดและการรับรู้ ร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หดหวัง

เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตัวเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543)

Beck (1967) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นรูปแบบของความรู้สึก โดยมีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง ต่ำหนิตนเอง มีความเป็ยงเบนทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ มีกิจกรรมทางกายลดลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามิได้หลายระดับอาจเริ่มตั้งแต่เกิดความวิตกกังวล และรุนแรงขึ้น จนกระทั่งทำให้คน ๆ นั้นมีอาการเฉยเมย เจือยชาต่อสิ่งแวดล้อม ตัดตัวเองออกจากสังคม และไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

Seligman (1975 cited in Fortinash & Holoday-Worret, 1996) ได้กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะที่แสดงถึงความรู้สึกหมดหวัง เมื่อบุคคลเรียนรู้ว่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ส่งผลให้ยอมจำนนต่อสถานการณ์นั้น และแสดงออกเป็นความรู้สึกเศร้าเสียใจที่มีระดับรุนแรงขึ้น จนถึงซึมเศร้า

Kaplan & Sadock (1989 อ้างใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าว่ามีความหมายใน 3 ด้าน ด้านแรก ภาวะซึมเศร้าเป็นคำที่ใช้อธิบายถึงความรู้สึกเศร้าเสียใจเมื่อบุคคลสูญเสียบางสิ่งบางอย่างที่มีความสำคัญต่อตนเอง ด้านที่สอง ในทางจิตเวชภาวะซึมเศร้าจะเป็นคำที่แสดงให้เห็นถึงความผิดปกติทางอารมณ์ จะมีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ไม่มีความสุข มีความรู้สึกเป็นทุกข์และทรมานกับประสบการณ์ต่าง ๆ ในแต่ละวัน บุคคลนั้นจะไม่ตระหนักในตัวเอง และความคิดจะเชื่องช้าลง และด้านสุดท้าย ภาวะซึมเศร้าเป็นคำที่ใช้เรียกชื่อและอาการของโรค

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ขาดแรงจูงใจ ขาดความกล้าหาญ ไม่สนใจทำกิจกรรมต่าง ๆ (Valente, 1994)

ตามคู่มือระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเป็นอารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้ หรือขาดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ตามปกติ โดยมีอาการแสดงเช่น มีความรู้สึกสิ้นหวัง หงุดหงิด รู้สึกไม่แจ่มใส หรือเศร้า (Franses, First, & Pincus, 1995)

ภาวะซึมเศร้า คือ กลุ่มอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ การคิดรู้ ความเข้าใจ และด้านร่างกาย (Kurlowicz, 1998)

Beeber (1998) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นลักษณะของความรู้สึกอย่างหนึ่ง จัดเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต แสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการโศกเศร้า เสียใจ รู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ และหมดหวัง

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมา ได้สรุปเป็นความหมายของภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ว่า เป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติด้านอารมณ์ การคิดรู้ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออก และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครวั

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าได้มีการศึกษาและมีผู้อธิบายไว้หลายประการ โดยสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้านใหญ่ ๆ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย สามารถอธิบายด้วยแนวคิดและทฤษฎีดังต่อไปนี้

1.1 ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical theory of depression) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมองซึ่งมีความเข้มข้นลดลง ได้แก่ Acetylcholine, Serotonin, Dopamine และ Norepineprine โดยสารเหล่านี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (Hagerty, 1995) นอกจากนี้การหลั่งสาร Monoamine oxidase, Dexamethazone และฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ที่เพิ่มมากขึ้น ก็มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วย (Gomes & Gomes, 1993)

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic transmission) กล่าวถึงการเกิดโรคซึมเศร้าว่าเป็นลักษณะการบกพร่องในพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง โดยจากการศึกษาคุณแม่ไขใบเดียวกันที่คนหนึ่งมีความผิดปกติทางอารมณ์พบว่า คู่แฝดอีกคนมีโอกาสที่จะเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ถึงร้อยละ 65 ขณะที่คู่แฝดไขใบคนละใบพบเพียงร้อยละ 14 (วิจารณ์วิชัยยะ, 2533) และมีการศึกษาพบว่าสภาพครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งมีภาวะซึมเศร้า ลูกมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 10 – 15 แต่ถ้าพ่อและแม่เป็นโรคซึมเศร้า ลูกมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 50 (นงคราญ ผาสุก, 2535)

2. ด้านจิตใจ สามารถอธิบายตามหลักของทฤษฎี ได้ดังนี้

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้ อธิบายว่าการสูญเสียเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียในความเป็นจริงหรือในจินตนาการ ซึ่งมักจะเป็นการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก สิ่งที่มีความสำคัญกับตน หรือการสูญเสียอวัยวะต่าง ๆ ที่ทำให้ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง (Self-image) เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ยังมีภาวะอารมณ์โกรธและความไม่เป็นมิตรอยู่ภายใต้จิตใจต่อการสูญเสียนั้นแต่ไม่กล้าแสดงออก เพราะกลัวว่าผู้อื่นจะรังเกียจไม่คบด้วย ส่วนมากจะเกิดความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกันจึงเกิดความลังเล เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ ความโกรธและความรู้สึกไม่เป็นมิตรเช่นนี้จะก่อให้เกิดความรู้สึกผิดในใจตนเอง เนื่องจากตนรับรู้ถึงความโกรธเป็นสิ่งที่ไม่ดีและไม่สามารถแสดงออกอย่างรุนแรงได้ ความรู้สึกที่ไม่ดีจึงผันเข้าหาตนเอง (Introjection) ทำให้กลายเป็นคนที่โกรธและเกลียดตนเอง เป็นศัตรูกับตนเอง ผลที่ติดตามมาคือเกิดอารมณ์เศร้ามาก มีความรู้สึกในคุณค่าแห่งตนลดลง (Loss of self-esteem) คิดว่าตนเองไม่มีความหมาย ไม่มีความหวัง และเชื่อว่าตนเป็นคนไม่ดี (Freud, 1957 cited in Fortinash & Holoday-Worret, 1996)

2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา (Cognitive learning theory) ทฤษฎีการเรียนรู้ที่เป็นฐานในการอธิบายภาวะซึมเศร้าคือทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยม (Cognitive-behavior theory) ซึ่งทฤษฎีนี้ได้อธิบายพฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ว่าเกิดจากการเรียนรู้โดยการทำงานของกระบวนการทางปัญญา คือเมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไป กระบวนการทางปัญญาจะรับรู้และแปลความสิ่งเร้าที่เข้ามา ทำให้บุคคลแสดงออกพฤติกรรมและอารมณ์ต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ส่วนพฤติกรรมและอารมณ์ก็จะมีอิทธิพลย้อนกลับต่อกระบวนการทางปัญญาด้วย นอกจากนี้ทฤษฎีนี้ยังได้อธิบายถึงพฤติกรรมของมนุษย์ที่แตกต่างกันแม้จะได้รับสิ่งเร้าเดียวกันว่า แต่ละบุคคลจะมีโครงสร้างทางปัญญา (Cognitive structure) ที่มีความซับซ้อนและความเฉพาะเจาะจงที่ที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลที่เรียกว่ารูปแบบของการคิด (Scheme) ซึ่งรูปแบบของการคิดเป็นโครงสร้างทางปัญญา ที่มีความสลับซับซ้อนเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทางจิตใจ สถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง และพฤติกรรมที่แสดงออก โดยเป็นตัวจัดกระทำกับประสบการณ์ต่าง ๆ หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เหมือนกันได้แตกต่างกัน นอกจากนี้ Beck (1967) ยังได้อธิบายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าว่า เกิดจากการบิดเบือนของกระบวนการคิดที่เป็นเหตุเป็นผล 3 ลักษณะ ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติ (Autonomic thought) ความคิดนำร่องหรือการสันนิษฐาน (Schemata or assumptions) และความบิดเบือนทางปัญญา (Cognitive distortions) โดยความคิดอัตโนมัติซึ่งเป็นความคิดแรกสุดที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการไตร่ตรอง จะเป็นตัวกำหนดความคิดนำร่องหรือการสันนิษฐานของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์นั้น ๆ และเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการรับรู้ของบุคคลในสถานการณ์นั้น ๆ จึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามความคิดของบุคคลซึ่งอาจจะไม่ใช่ตามสภาพความเป็นจริงก็ได้ และจะส่งผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งจะบิดเบือนไปตามการรับรู้ นั้น ๆ ความคิดนำร่องเป็นโครงสร้างทางปัญญาที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทางด้านจิตใจและสถานการณ์ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำความเข้าใจ แปลความ และจดจำข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งความคิดนำร่องในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีอยู่ 3 รูปแบบได้แก่ รูปแบบความคิดทางลบต่อตนเอง (Negative view of self), รูปแบบความคิดทางลบต่อประสบการณ์ต่าง ๆ รอบตัว (Negative view of world), และรูปแบบความคิดทางลบต่ออนาคต (Negative view of future) ลักษณะของความคิดนำร่องเช่นนี้ เกิดจากการแปลความสถานการณ์ที่ผิดพลาด ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนการบิดเบือนทางปัญญาเป็นตัวเชื่อมโยงความคิดนำร่องและความคิดอัตโนมัติ เมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤติในชีวิต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นบุคคลนั้นเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ เป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาอีก ถ้ามีความคิดในทางลบเพิ่มขึ้น ภาวะซึมเศร้าก็จะมากขึ้นด้วย และมีผลย้อนกลับให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบเพิ่มขึ้น ทำให้ความคิดอย่างมีเหตุมีผลยิ่งลดลง และซึมเศร้ามากขึ้น

3. **ด้านสังคม** เป็นแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตและสิ่งแวดล้อมในการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า นักวิจัยหลาย ๆ ท่านได้ให้ความสนใจกับการศึกษาในเชิงปริมาณและธรรมชาติของสถานการณ์เชิงชีวิตจริง รวมทั้งขนาด และการรับรู้ถึงการสนับสนุนของเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการเกิด หรือการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการศึกษาของ Paykel และคณะ (1969 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, 2545) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มักมีเหตุการณ์ที่สะเทือนใจหลาย ๆ เรื่องในระยะ 6 เดือนก่อนเกิดอาการมากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 3 เท่า และการศึกษาของ Brown และ Harris (1978 cited in Fortinash & Holoday-Worret, 1996) พบว่า ปัจจัยทางสังคมที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นสิ่งสนับสนุนให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย เช่น การไม่มีเพื่อนสนิทหรือบุคคลใกล้ชิดสนิทสนม การขาดบุคคลที่ไว้วางใจได้ การไม่มีงานทำ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น และถ้าบุคคลมีอาการเศร้าต่อเนื่องกันนานกว่า 6 เดือนก็ถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Depression illness) ได้ (วิจารณ์ วิชัชยะ, 2533) นั่นคือ การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับแต่ละสถานการณ์นั้น ก่อให้เกิดความเครียด และเป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

ลักษณะของภาวะซึมเศร้า

เมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น จะมีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (Miller, Miller, & Miller, 1986)

1. **อาการทางร่างกาย** ส่วนใหญ่จะมีอาการดังต่อไปนี้ คือ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง อาจจะนอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป อ่อนเพลีย ไร้สมรรถภาพทางเพศ แบบแผนการรับประทานอาหารและความอยากอาหารลดลง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ท้องอืด ท้องเสีย วิงเวียน หรือปวดศีรษะ แบบแผนการปฏิบัติกิจกรรม และการออกกำลังกายเปลี่ยนแปลง มีการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง

2. **อาการทางจิตใจ** มักจะมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอารมณ์ ความคิด สติปัญญา และการรับรู้ ได้แก่ ขาดความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิ ไม่กล้าตัดสินใจ ขาดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ สูญเสียความจำ โดยเฉพาะความจำระยะสั้น คิดว่าตนเองเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา รู้สึกกลัว วิดกกังวล เครียด ตื่นเต้น ถูกทอดทิ้ง มีอารมณ์เศร้าหมอง โกรธ และขุ่นเคืองง่าย ไม่สนใจคนที่เคยสนิทคุ้นเคย รู้สึกไม่พอใจต่อสภาพที่เป็นอยู่ รู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า โดดเดี่ยว หมดหนทาง ท้อแท้ และหมดหวัง มีความเชื่อว่าตนเองล้มเหลว มีความเชื่อว่าภาวะที่เป็นอยู่ของตนเองเกิดจากมีสิ่งอื่นมากระทำ เชื่อว่าตนเองถูกลงโทษ และอาจมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้

3. **อาการทางพฤติกรรมและสังคม** จะมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องอุปนิสัย และสัมพันธภาพ กล่าวคือ มีอุปนิสัยเปลี่ยนไป เช่น ไม่ว่าเรื่องสนุกสนานเหมือนเดิม มีความสนใจต่อการปฏิบัติกิจกรรมลดลง โดยสังเกตได้จากท่าทางที่เฉยเมย ไม่รับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม ไม่ยอมสบตา ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ลดลง หรือบางรายอาจจะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อย่างขาดระเบียบแบบแผน มีพฤติกรรมที่ไร้เหตุผล มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ไม่ติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น จนถึงแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด

ระดับของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งตามระดับความรุนแรงได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Beck, 1967)

1. **ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression)** เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส อารมณ์เศร้า เหงาหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปก็รู้สึกได้ในบางครั้ง โดยอาจมีสาเหตุเพียงพอ หรือบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในทางลบ เริ่มมีความรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตน ความตั้งใจในการทำงานต่าง ๆ เริ่มลดลง มีความต้องการการช่วยเหลือ คำแนะนำ การเอาใจใส่ปลอบโยน การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น หลับยากกว่าปกติ หรือตื่นเช้ากว่าปกติ เป็นต้น

2. **ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression)** ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้จะรุนแรงขึ้นจนถึงขั้นมีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว และการงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก มักมีอาการเศร้ามากขึ้นในช่วงเช้า และจะดีขึ้นในตอนกลางวัน รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งแวดล้อม อ่อนเพลีย รู้สึกว่ามีพลังกำลังน้อยลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ มักตำหนิตัวเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายและสุขภาพตนเองปรากฏมากขึ้น รู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงไป มีความต้องการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์แวดล้อมและสังคม จะทิ้งสังคมที่ละน้อย อาจมีความคิดเกี่ยวกับการตาย การนอนหลับผิดปกติ ความอยากรับประทานอาหารลดลงจนกระทั่งไม่อยากรับประทานและน้ำ น้ำหนักลด ความต้องการทางเพศลดลง

3. **ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression)** จะมีอารมณ์ซึมเศร้าตลอดเวลา มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองด้านไม่ดี ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความต้องการหลีกเลี่ยง หลบซ่อน ไม่มีการเข้าร่วมสังคมใดๆ เลย ลักษณะอารมณ์เหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง มองอนาคตมืดมน และสิ้นหวัง หหมดความสนใจสิ่งต่างๆ การตัดสินใจเสียแม้แต่เรื่องง่าย ๆ ในชีวิตประจำวันแทบจะ ไม่มีการเคลื่อนไหว มักจะนั่งอยู่เฉย ๆ กับที่ตลอดเวลา อยู่ในท่าเดิมนาน ๆ หรืออาจอยู่ไม่นั่ง ผุดลุกผุดนั่ง ไม่สนใจต่อตนเอง ดูแลตนเองไม่ได้ นอนหลับไม่สนิท หรือนอนไม่หลับ มักรู้สึก

เหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา หมดความสนใจในเรื่องเพศ ผู้ที่อยู่ในระยะนี้อาจจะถอนตัวถอยหนีออกจากโลกของความเป็นจริง มีความหลงผิด (Delusion) และมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้

ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์คนส่วนใหญ่มักจะเห็นว่าเป็นเหตุการณ์ที่นำความยินดีมาสู่ผู้เป็นมารดาและครอบครัว แต่ก็มีหญิงตั้งครรภ์บางรายที่การตั้งครรภ์นำความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามาสู่ผู้เป็นมารดาในขณะตั้งครรภ์ (Priest, 1983)

ในทางระบาดวิทยา Dalton (1971) ศึกษาแบบ Prospective พบว่าสตรีตั้งครรภ์จำนวน 500 ราย เกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 37 ซึ่งสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นสตรีที่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก และภาวะซึมเศร้านี้พบมากในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 14) จากการรายงานของสูติแพทย์มักพบว่า สตรีระยะตั้งครรภ์มักบ่นถึงความรู้สึกซึมเศร้า ไม่มีความสุข และรู้สึกสิ้นหวัง ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเนื่องจากความรู้สึกขัดแย้งในใจ และอาจมาจากการสูญเสียซึ่งมักมีอาการแสดงให้เห็นจากการที่ความสามารถในการทำหน้าที่ตามปกติลดลง จากการศึกษาของ Kurlowicz (1994) และ Neese (1991) พบว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์มักเป็นผลมาจากปัจจัยด้านต่าง ๆ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และส่วนบุคคล ดังนี้

1. **ด้านร่างกาย** พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันระหว่างการบกพร่องของภาวะสุขภาพทางกายโดยผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี หรือมีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพสูงจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก (Kendy, et al., 1991) การมีโรคทางกายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้านี้เนื่องจากเหตุผล 4 ประการคือ 1) เป็นผลจากการที่หญิงตั้งครรภ์ต้องแบกรับภาระในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์เพิ่มขึ้น โดยการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ได้แก่ มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของรูปร่าง น้ำหนักเพิ่มขึ้น เต้านมขยายใหญ่ขึ้น ผิวหนังมีสีคล้ำ ฯลฯ อาการต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความไม่สบายทางกาย ทั้งในรายตั้งครรภ์ปกติและเพิ่มขึ้นในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลสูงขึ้นและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (วรรณุช สราญรัมย์, 2531) 2) การตั้งครรภ์ การเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ตลอดจนการคลอดมีผลต่อการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว อาจรวมถึงการประกอบอาชีพไม่ได้ ว่างาน รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทความรับผิดชอบในครอบครัว 3) โรคทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อาการบวม เหนื่อยง่าย 4) ในทางชีววิทยา โรคทางกายบางอย่างอาจเป็นสาเหตุของอารมณ์เศร้า เช่น ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ

2. ด้านจิตใจ ปัจจัยด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์ประกอบด้วย

1) การเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย ทั้งที่บุคคลอื่นสามารถมองเห็นหรือสังเกตได้ และบุคคลอื่นไม่สามารถมองเห็นหรือสังเกตได้ แต่หญิงตั้งครรภ์สามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้มีความรู้สึกกังวล ขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม มีการติดต่อกับกลุ่มเพื่อนฝูงน้อยลงกว่าเดิม ส่วนใหญ่แยกตัวอยู่คนเดียว ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา 2) การเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์ จากการศึกษาของ Stuart & Sundeen (1987) พบว่า อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปรับตัว นั่นคือ ทำให้สามารถเผชิญความเครียดได้ ส่งผลให้ความเครียดและความวิตกกังวลลดลง เกิดแรงจูงใจที่จะเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ได้ เช่น ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความคิดต่อการตั้งครรภ์ในทางบวก มีความพร้อมในขณะตั้งครรภ์ ก็จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการเผชิญความเครียด สามารถปรับตัวต่อการตั้งครรภ์ และการคลอดได้ ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีอัตมโนทัศน์ทางลบ หรือมีความรู้สึกต่อตนเองทางลบ ก็จะเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ดังการศึกษาของ Parent & Whall (1984 อ้างถึงใน พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, 2542) พบว่า การเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์ในทางลบ ส่งผลให้มีพฤติกรรมตอบสนองในลักษณะรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อยลง เบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกโกรธตนเอง และกลายเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด

3. ด้านสังคม ประกอบด้วยปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากสามี บุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่น ๆ ในสังคม โดยการสนับสนุนทางสังคม การเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ปลอดภัยจากความเครียดหรือป้องกันไม่ให้เกิดความเครียดมากกระทบจนเกิดความผิดปกติ ดังเช่นการศึกษาของ McNett (1989 อ้างถึงใน พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, 2542) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคลทำให้บุคคลควบคุมตนเองและแก้ปัญหาได้ตรงจุด ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในวิถีทางการดำเนินชีวิต บทบาทในครอบครัว และบทบาทที่เปลี่ยนไปนี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ หรือต้องลาออกจากงาน ในขณะที่เดียวกันก็มีความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้นในการเป็นมารดา เลี้ยงดูสมาชิกใหม่ หรือสมาชิกที่เพิ่มขึ้น ต้องปรับความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาใหม่สำหรับบุตรที่จะเกิดมาในอนาคต ในบางรายมีความจำเป็นต้องทำงานเพื่อหารายได้จุนเจือครอบครัว จึงทำให้มีบทบาทและต้องรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น (วรรณุช สราญรมย์, 2531) สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อภาวะเครียดจนเกิดภาวะซึมเศร้าได้

4. ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้ามีหลายประการ เช่น

เพศ จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าพบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (Smith & Shimp, 2000)

สถานภาพสมรส คู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม และเป็นแหล่งประโยชน์ ช่วยเสริมแรงให้บุคคลมีการดูแลตนเองดีขึ้น ในหญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจหรือไม่ต้องการ ตั้งครรภ์นอกสมรส สภาพครอบครัวแตกแยก สามีไม่รับผิดชอบ ย่อมมีผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้รู้สึกท้อแท้ มีความวิตกกังวลมากขึ้น หรือรู้สึกไม่มีความสุขต่อการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจรุนแรงอาจไม่สามารถให้ความรักและสร้างความผูกพันต่อทารกได้ตามปกติ อาจทำให้เกิดปัญหาชีวิตสมรสในภายหลัง บางรายอาจรู้สึกสิ้นหวังไร้ค่า คิดฆ่าตัวตาย หรืออาจต่อเนื่องไปจนกลายเป็นโรคอารมณ์เศร้าและโรคจิตหลังคลอดได้ (David & Devault, 1962 อ้างถึงใน วัฒนีย์ แสงหิรัญ, 2536)

อายุ เนื่องจากการตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเกิดขึ้นมากมาย ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย ยังมีพัฒนาการทางด้านจิตใจไม่ดีพอ ไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตได้ เมื่อตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจมากจะปรับตัวไม่ได้ ทำให้หงุดหงิด อารมณ์เสีย โกรธง่าย มีการทำร้ายร่างกายตนเอง และบางรายถึงกับฆ่าตัวตาย (สุวิชัย อินทรประเสริฐ, 2531) และ Devorce (1990) ได้เขียนเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเสี่ยง เช่น หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้จะมีความกลัวเกี่ยวกับการคลอด อันตรายที่จะเกิดกับทารก หรือกลัวความตายมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ ซึ่งจะทำให้เกิดผลเสียต่อการตั้งครรภ์และการปรับตัวเพื่อรับบทบาทการเป็นมารดาด้วย จากการศึกษาของ Zuckerman, Amaro, & Cabral (1989) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์พบว่า อาการซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น ส่วนปีนแก้ว โชติอำนาจ (2544) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถทำนายการเกิดอาการซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า อายุสามารถร่วมทำนายอาการซึมเศร้าได้โดยพบว่า มารดาที่มีอายุน้อยหรือตั้งครรภ์ครั้งแรกจะมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า

ผลกระทบของการเกิดภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของมารดา และสุขภาพจิตของมารดาก็จะมีผลต่อสุขภาพกายของหญิงตั้งครรภ์เอง รวมทั้งมีผลต่อสุขภาพของทารกทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความวิตกกังวล กลัว และความเครียดในขณะตั้งครรภ์จะทำให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ และการปรับอารมณ์ มีอารมณ์อ่อนไหวและเปลี่ยนแปลงง่าย ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ ของร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจ

มีการหดตัวของหลอดเลือดโดยทั่วไป มีการเปลี่ยนแปลงในการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารหรือลำไส้ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อระบบการทำงานของฮอร์โมนอีกด้วย การเปลี่ยนแปลงนี้ถ้าเกิดขึ้นนาน ๆ จะทำให้เกิดโรคทางกาย หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และคลอดได้ ย่อมมีผลกระทบต่อเพื่อนเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์และต่อเนื่องไปจนทารกคลอดด้วยดังที่จะกล่าวต่อไปนี้คือ

1. เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีมเศร้า หรือมีปัญหาทางด้านจิตใจมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกายของหญิงตั้งครรภ์ เช่น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง เบื่ออาหาร หรือมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์นอนไม่หลับ น้ำหนักลด หรืออาจแสดงออกในลักษณะของความเฉื่อยชา ไม่ดูแลตนเอง ไม่มาฝากครรภ์ตามกำหนด หรือมาฝากครรภ์ช้า ดังการศึกษาของ วัตินี้ แสงหิรัญ (2536) ที่ศึกษาผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ภาวะซีมเศร้ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีมเศร้าในระดับสูงมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดได้ เช่น คลอดยาก และคลอดก่อนกำหนด ดังที่ Lightfoot (1982 อ้างถึงใน วัตินี้ แสงหิรัญ, 2536) ศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีมเศร้า มักจะมีปัญหาหรือมีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะซีมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chung และคณะ (2001) ได้ศึกษาพบว่าภาวะซีมเศร้าในระหว่างการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการใช้ยาระงับความเจ็บปวดขณะคลอด การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การใช้เครื่องมือช่วยคลอด และผลกระทบอีกประการหนึ่งที่รุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ที่มีภาวะซีมเศร้า คือ อาจคิดฆ่าตัวตาย หรือทำการฆ่าตัวตายได้

2. ผลกระทบต่อทารก เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ของมารดากับทารกใกล้เคียงกันมาก สุขภาพจิตของมารดาย่อมส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจของทารกด้วย (Lerch, 1986 อ้างถึงใน วัตินี้ แสงหิรัญ, 2536) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอารมณ์แปรปรวนตั้งแต่ระยะแรกจนถึงระยะสุดท้ายของการตั้งครรภ์ มีโอกาสที่จะคลอดบุตรพิการสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ เช่น มีความพิการของกระเพาะอาหารและลำไส้ มีอัตราการเต้นของหัวใจเร็วกว่าปกติ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจ และมีอารมณ์หงุดหงิด (Clark, Affonso, & Harris, 1979 อ้างถึงใน วัตินี้ แสงหิรัญ, 2536) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ในมารดาที่มีทัศนคติในทางลบต่อการตั้งครรภ์ มักจะพบว่ามีความตึงเครียดสูงระหว่างตั้งครรภ์ มีปัญหาในการคลอดคลอดยาก และอาจจะคลอดบุตรที่ไม่แข็งแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ (สุภาพร โรจนศักดิ์โสธร, 2529) ในกรณีที่มารดามีปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจต่อเนื่องไปจนถึงหลังคลอดจะมีผลให้มารดาสร้าง ความผูกพันระหว่างมารดาและทารกไม่ได้ ไม่ยอมรับบุตร ละทิ้งบุตร และทำร้ายบุตร

บุตรที่เกิดจากมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าก็จะมีพัฒนาการทางสติปัญญาต่ำกว่าเด็กทั่วไป เขียนหนังสือได้ไม่ดีเพราะขาดสมาธิและความมั่นใจในตนเอง หนีโรงเรียน และเข้ากลุ่มเพื่อนที่มีปัญหาเหมือนกัน มั่วสุ่มยาเสพติด (Gross, et al., 1995)

3. ผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะกับสามีและบุตร ในกรณีที่สามีและครอบครัวไม่เข้าใจก็จะทำให้เกิดปัญหาครอบครัว ครอบครัวอาจแตกแยกได้ สำหรับครอบครัวที่มารดาอยู่ในภาวะซึมเศร้าบุคคลในครอบครัวก็ย่อมมีความวิตกกังวลที่มารดาดูแลบุตรได้ไม่ดี และในขณะเดียวกันก็ต้องคอยดูแลมารดาที่มีภาวะซึมเศร้านั้นด้วย เป็นเหตุให้สัมพันธภาพในครอบครัวลดน้อยลง และถ้ามีภาวะซึมเศร้าอยู่เป็นเวลานาน ก็อาจจะส่งผลถึงชีวิตสมรสซึ่งอาจนำไปสู่การแยกทางหรือ หย่าร้างกันได้ (Paykel, et al., 1980; Cox, et al., 1982)

การประเมินภาวะซึมเศร้า

สำหรับการประเมินภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้สร้างเครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าขึ้นมามากมายตามค่านิยมและสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ การประเมินภาวะซึมเศร้าจากการสังเกต และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีประเมินตนเอง ซึ่งแบบประเมินโดยวิธีสังเกตได้แก่ Cronholm-Ottosson Scale, Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D), Raskin Depression Scale, Beath-Rafaelsen Melancholia Scale และ Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MNDRS) ส่วนแบบประเมินโดยวิธีประเมินตนเองได้แก่ Beck Depression Inventory (BDI), Zung Self-Rating Depression Scale, Zenssen Adjective Check List, Walkfield Self-Assessment Inventory, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S) และ Geriatric Depression Scale (GDS) โดยมีลักษณะของแบบประเมินที่ใช้บ่อย ดังนี้

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S) (Weissman et al., 1977) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน โดยปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นการวัดในแง่ของกลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยค้นหาโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ความเชื่อที่เกิดจากการคิดรู้ อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออกและอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยสอบถามในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76

Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck (1967) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 บนพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยม มีข้อความทั้งหมด 21 ข้อ ครอบคลุมทั้งในด้านภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม โดยการนำมาใช้ในตอนแรกจะมีผู้สัมภาษณ์แล้วให้ผู้ป่วยตอบ หลังจากนั้นผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกคำตอบเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาความผิดพลาดในการรายงานจากผู้ป่วย ต่อมาจึงให้ผู้ป่วยตอบเอง ลักษณะคะแนนมีคะแนนทั้งหมด 63 คะแนน แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 มีการแปลผลคะแนนตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าคือ คะแนนระหว่าง 0-9 แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนระหว่าง 10-15 มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 16-19 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 20-29 มีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก และคะแนนระหว่าง 30-63 มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

Zung Self-Rating Depression Scale (Ebersole & Hess, 1981 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ วิชิตตระกุลถาวร, 2545) ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานของร่างกาย และด้านจิตใจ แปลผลคะแนนตามอาการที่เกิดขึ้นว่ามากหรือน้อย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73

Hamilton Rating Scale for Depression (HAS-D) (Edwards, Lamdert, & Morgan, 1984 อ้างถึงใน มาโนชน หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, และจักรกฤษณ์ สุขยั้ง, 2539) สร้างโดย Hamilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษในปี ค.ศ.1950 และมีการปรับปรุงต่อมาเรื่อย ๆ จนในปี ค.ศ.1967 จัดเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำถามเน้นการประเมินในด้านผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า อาการแบบจิตสรีระ ความวิตกกังวล ความหงุดหงิดกระวนกระวายและการหยั่งรู้การให้คะแนนและการจัดกลุ่มระดับคะแนนแบ่งตามความรุนแรง ตั้งแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจนถึงมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง มีข้อจำกัดคือ ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าได้ ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อย ๆ

Geriatric Depression Scale (GDS) (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2537 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ วิชิตตระกุลถาวร, 2545) ใช้วัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สร้างโดย Yesavage ในปี ค.ศ.1983 มีข้อความทั้งหมด 30 ข้อ เน้นการประเมินภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ ความคาดหวังด้านลบ การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย การคิดรู้ และการแยกตัว ต่อมาภายหลังในปี ค.ศ.1986 ได้ทำการปรับปรุงข้อความเหลือเพียง 15 ข้อ ได้รับความนิยมนำมาใช้โดยมีการแปลเป็นภาษาต่าง ๆ และนำไปใช้ในหลายประเทศ สำหรับประเทศไทย อรวรรณ ลีทองอินทร์ (2535) ได้นำมาแปลและหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .94

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale : CED-S) ที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยวิไล คุปต์นิริติศัยกุล และ พนม เกตุมาน (2540) ซึ่งสามารถใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในประชาชนทั่วไปรวมทั้งหญิงตั้งครรภ์ได้

บทบาทของพยาบาลในการดูแลหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์

การพยาบาลแก่หญิงตั้งครรภ์นั้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือ ควบคุมและป้องกันหญิงตั้งครรภ์สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา มีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ มารดาและทารก มีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องทำหน้าที่ รับฟัง สนับสนุน ให้กำลังใจ ตลอดจนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ในการดูแลหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ จึงมักพบว่าพยาบาลมีบทบาทดังต่อไปนี้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2541: ทรงพร จันทรพัฒน์, 2543: สมจิต หนูเจริญกุล, 2546)

1. **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล (Care Provider)** โดยการใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีทั้งของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ทั้งในลักษณะของการป้องกัน การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพเดิม เช่น มีการสนับสนุนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว โดยการสนใจตั้งใจฟังในคำพูด หรือทำการค้นหาปัญหา และความกังวลต่าง ๆ ตลอดจนปัจจัยหรือความเชื่อทางด้านขนบธรรมเนียมประเพณีที่จะมีผลต่อการปรับตัวในระยะตั้งครรภ์ รวมทั้งสำรวจเจตคติและความรู้สึกส่วนตัวของหญิงตั้งครรภ์และสมาชิกของครอบครัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ หรือการคลอด และการเลี้ยงดูทารก เพื่อนำไปพิจารณาวางแผนในการส่งเสริมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ หรือสมาชิกครอบครัวแต่ละรายนั้น ๆ พร้อมชมเชยเมื่อพบว่าสมาชิกของครอบครัวต่างได้ช่วยเหลือเอาใจใส่ดูแลต่อกันเป็นอย่างดี หรือมีการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพและความผูกพันกับทารกในครรภ์ โดยมีการประเมินเกี่ยวกับสุขภาพทารกในครรภ์เมื่อหญิงตั้งครรภ์มารับบริการตรวจครรภ์ทุกครั้ง อธิบายให้ทราบถึงการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ พร้อมกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์และสามีหรือบุตรคนก่อน ๆ ได้สัมผัสกับครรภ์ของมารดาเมื่อมีการเคลื่อนไหวของทารก การมองหรือฟังเสียงจากอัลตราซาวด์ เป็นต้น

นอกจากนี้พยาบาลควรหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว แต่ควรจะสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวดำเนินชีวิตไปในแนวทางที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้เข้าสู่กระบวนการปรับตัวได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลจึงควรเข้าใจถึงความเชื่อซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม ที่จะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ ที่อาจเป็นไปตามภูมิปัญญาดั้งเดิม (Generic Care หรือ Folk-lore Care) และผสมผสานความเข้าใจดังกล่าวในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์โดยผ่านกระบวนการที่เกี่ยวข้อง

2. **ด้านการให้ความรู้ (Health Educator)** ปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เลือกทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเองในขณะตั้งครรภ์ก็คือความรู้ที่ได้รับ ถ้าหญิงตั้งครรภ์หรือครอบครัวได้รับข้อมูลที่ต้องการและเพียงพอ จะเป็นแนวทางในการพิจารณาเลือกปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลจึงแสดงบทบาทเป็นผู้ให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งสามารถให้ข้อมูล โดยวิธีการสอนทั้งที่ไม่เป็นทางการ เช่น การพูดคุย การสนทนาในโอกาสทั่ว ๆ ไป หรือการสอนอย่างเป็นทางการ เช่น การสอนเป็นรายบุคคล การสอนเป็นกลุ่มหรือการจัดอบรม สำหรับหญิงตั้งครรภ์ การสอนส่วนใหญ่เป็นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ในเรื่องต่าง ๆ และเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองและทารกในครรภ์ได้อย่างเหมาะสม นอกเหนือจากการให้ความรู้โดยวิธีการต่าง ๆ แล้ว อาจมอบเอกสารหรือคู่มือเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์นำไปทบทวนเพื่อดูแลตนเองอย่างเหมาะสมต่อไป นอกจากนี้อาจพบว่า ในเหตุการณ์ชีวิตของหญิงตั้งครรภ์อาจเป็นเหตุการณ์ที่อยู่ในภาวะปกติ ยังไม่ปรากฏปัญหา แต่ในอนาคตมีเหตุการณ์บางอย่างที่คาดคะเนว่าจะเกิดขึ้น และจะมีผลต่อหญิงตั้งครรภ์ พยาบาลจึงสามารถให้ความรู้เพื่อเตรียมตัว (Anticipatory guidance) แก่หญิงตั้งครรภ์ให้สามารถเผชิญปัญหาได้ถ้าเวลานั้นมาถึง เช่น การสอนเพื่อเตรียมตัวก่อนคลอดโดยวิธีของลามาช (Lamaze) ซึ่งเป็นการสอนเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์รู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด และการปฏิบัติเพื่อช่วยตนเองในภาวะเจ็บปวด มีการเตรียมสามีให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือภรรยา และเป็นการสร้างเจตคติที่ดีต่อการเป็นบิดามารดา รวมทั้งช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และสามีได้รับการเตรียมในการมีบทบาทเป็นบิดามารดาได้อย่างราบรื่นต่อไป

3. **ด้านการเป็นที่ปรึกษา (Counselor)** บทบาทนี้ค่อนข้างใกล้เคียงกับบทบาทด้านการให้ความรู้ โดยผู้ที่ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง จึงเป็นเสมือนแหล่งประโยชน์ที่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว สามารถขอข้อมูลแนวทางเลือกต่าง ๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจแก้ปัญหา ที่มีใช่เป็นการแก้ปัญหาโดยการตัดสินใจของพยาบาลเอง

4. **ด้านการบริหารจัดการ (Administrator)** พยาบาลควรเป็นผู้นำและบริหารจัดการโดยผสมผสานความรู้ ความชำนาญในการพยาบาลกับทีมสุขภาพ หรือแหล่งประโยชน์อื่น ๆ เพื่อประสานงาน ประสานแหล่งประโยชน์ และเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และชุมชน ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพ และคุ้มค่า

5. **ด้านการวิจัย (Researcher)** พยาบาลควรตระหนักถึงความจำเป็นในการทำวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพของการพยาบาล และร่วมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์ เผยแพร่ และประยุกต์ผลงานวิจัย เพื่อนำมาใช้และปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

6. **ด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมาย** พยาบาลควรเป็นผู้ที่มีคุณธรรม จริยธรรม อันดีต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ ตลอดจนพัฒนาตนเอง และวิชาชีพอยู่เสมอ พึงรักษาสีทิวของผู้ป่วยที่มารับบริการ และสามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมภายใต้กฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาลได้

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์

มารดาระหว่างการตั้งครรภ์และคลอด ตลอดจนทารกในครรภ์และแรกคลอด มีโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและความตายไม่เท่ากัน บางรายเสี่ยงมาก บางรายเสี่ยงน้อย ดังนั้นถ้าสามารถเลือกหาผู้ที่มีเกณฑ์เสี่ยงสูงได้ตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ แล้วให้การดูแลเป็นพิเศษ อย่างพอเพียงและทั่วถึง ก็จะสามารถลดอัตราตายและภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกปริกำเนิดลงได้

ภาวะเสี่ยงสูง (High risk) หมายถึง ภาวะซึ่งทำให้มารดาและทารกในครรภ์มีอันตราย หรือมีโอกาสเสี่ยงตายสูงขึ้น ทั้งระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ตลอดจนการคลอดที่ผิดปกติ และผลต่อสุขภาพและความพิการของทารกในระยะต่อมา (วินิต พัวประดิษฐ์, 2537) ส่วนการรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ ที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในเรื่องต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัส (King, 1984)

ดังนั้น การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์จึงหมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกรู้คิด หรือความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์ที่มีต่อการตั้งครรภ์ถึงการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่อตนเองและทารกในครรภ์ ซึ่งแม้ว่าจะไม่มีภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ทุกรายก็รับรู้ถึงการมีข้อจำกัด (Self-limiting event) และโอกาสเสี่ยงทั้งของตนเองและทารกในครรภ์ในการเกิดอันตรายได้ (Mandeville & Troiano, 1999)

ชนิดของเกณฑ์เสี่ยง

สำหรับเกณฑ์เสี่ยงหรือปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) ที่มีความสำคัญต่อการตายของมารดาและทารกปริกำเนิด ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก อาจเป็นลักษณะทางชีวภาพ (เช่น อายุ ส่วนสูงของมารดา) ลักษณะทางสังคม (เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ) และภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม สูติกรรม เป็นต้น

เกณฑ์เสี่ยงที่นิยมใช้แบ่งออกเป็น

1. ลักษณะทางชีวภาพ

ก. อายุมารดาขณะตั้งครรภ์ถ้ามารดามีอายุต่ำกว่า 15 ปี หรือสูงกว่า 35 ปี จะมีอัตราการตายของมารดาและทารกปริกำเนิดสูงกว่ากลุ่มมารดาที่ตั้งครรภ์ในช่วงอายุ 15-35 ปี และพบว่ามารดาที่ตั้งครรภ์ในช่วงอายุ 20-29 ปี มีอัตราการตายมารดาต่ำที่สุด

ข. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และคลอด พบว่า มารดาที่ตั้งครรภ์และคลอดครั้งที่ 4 ขึ้นไปมีอัตราการตายสูงขึ้นมาก

ค. ส่วนสูงมารดา มารดาที่มีส่วนสูงต่ำกว่า 144 เซนติเมตร จะมีอันตรายจากการคลอดยาก

ง. น้ำหนักมารดา มารดาที่มีน้ำหนักเมื่อคลอดต่ำกว่า 44 กิโลกรัม หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 7 กิโลกรัม จะมีผลทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย และมีอัตราการตายปริกำเนิดสูง

2. ลักษณะทางสังคม

ระดับการศึกษาของมารดาถือเป็นลักษณะทางสังคมที่สำคัญ พบว่า ถ้ามารดามีระดับการศึกษาต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อยู่ในระดับอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ มักจะมีอัตราการตายสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูง

3. ภาวะแทรกซ้อนและสุขภาพมารดาระหว่างการตั้งครรภ์

ก. มารดาที่มีประวัติการตั้งครรภ์ หรือคลอดผิดปกติมาก่อน เช่น ประวัติการตกเลือดหลังคลอด ประวัติการผ่าตัดคลอด คลอดก่อนกำหนด คลอดยาก ทารกตายในครรภ์ หรือตายแรกคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น จะมีอัตราการตายของมารดาและ/หรือทารกปริกำเนิดสูงกว่ากลุ่มมารดาที่ไม่มีประวัติความผิดปกติดังกล่าว

ข. สุขภาพของมารดา มารดาที่มีโรคความดันเลือดสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง ภาวะโลหิตจางก่อนหรือในขณะตั้งครรภ์ จะมีอัตราการตายของมารดา และ/หรือทารกปริกำเนิดสูงกว่ากลุ่มมารดาที่มีสุขภาพสมบูรณ์

ค. มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ คลอด หรือหลังคลอด เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง การตกเลือดก่อนคลอด การตั้งครรภ์แฝด ทารกมีกันเป็นสวนน้ำ จะมีอัตราการตายของมารดาและ/หรือทารกปริกำเนิดสูงกว่ากลุ่มมารดาที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยต่าง ๆ มากมายที่ใช้ในการพิจารณาตัดสินภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจะส่งผลร้ายต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ โดยแพทย์มักจะให้ความสำคัญ ใ้่วางใจ และให้ความสำคัญกับสิ่งชี้แนะภาวะเสี่ยงทางชีวภาพที่ตรวจพบ แต่อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่ายังมีองค์ประกอบอื่น ๆ ที่เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เป็นภาวะเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์อีก เช่น ความวิตก

กังวล ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีความสำคัญในการบ่งบอกสถานภาพของความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์แต่ละคน (Mercer, May, Ferketich & DeJoseph, 1986) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ และลักษณะของการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล ต่างก็เป็นสภาพแวดล้อม หรือส่วนประกอบเพิ่มเติมที่จะใช้ในการพิจารณาถึงภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ได้

ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางชีวภาพของหญิงตั้งครรภ์แต่ละคน การสัมผัสจนถึงการรับรู้ภาวะเสี่ยงของแต่ละคนนั้นขึ้นกับองค์ประกอบของแต่ละบุคคลในการยอมรับความรุนแรงของอันตรายที่จะเกิดกับทารก (Gupton, Haeman and Cheung, 2001) Heaman และคณะ (1992) ได้ศึกษาหญิงตั้งครรภ์จำนวน 75 ราย ที่มีภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างการประเมินภาวะเสี่ยงของตนเองในขณะตั้งครรภ์ กับปัจจัยทางชีวภาพที่มีผลต่อการเกิดภาวะเสี่ยง แต่พบว่า การประเมินภาวะเสี่ยงของตนเองในขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ และพบว่าปัจจัยทางชีวภาพที่มีผลต่อการเกิดภาวะเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ซึ่งประเมินโดยตนเอง มีผลต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์มากกว่าข้อมูลที่ได้จากการวินิจฉัย และหญิงตั้งครรภ์แต่ละคนก็จะมี การรับรู้ที่แตกต่างกัน

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ จะมีความสนใจในการดูแลตนเอง และทารกในครรภ์เพิ่มมากขึ้น (Oakley, 1992) นอกจากนี้ Chalmers (1982 cited in Page, 2000) ยังพบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์นั้นทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลในการตั้งครรภ์ แก่หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นเหตุให้หญิงตั้งครรภ์สูญเสียความเชื่อมั่นในการคลอด Kolker & Burke (1993) ศึกษาการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์จำนวน 120 คน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ใน ระยะตั้งครรภ์ พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ มีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพ การปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ และความรุนแรงของโอกาสในการสูญเสียทารกในครรภ์ หรือการคลอดทารกที่มีความพิการ

แม้ว่าอันตรายหรือความเสี่ยงสามารถแสดงให้เห็นเป็นคะแนนตัวเลข ภายใต้อหัง ความสัมพันธ์ทางสถิติได้ แต่ในทางปฏิบัติสามารถอธิบายได้จากพื้นฐานความรู้สึกส่วนตัวของบุคคล (Gupton, Haeman and Cheung, 2001)

กระบวนการประเมินภาวะเสี่ยง Tversky & Kahnemann (1974) ได้เสนอว่า บุคคลสามารถทำการประเมินด้วยตนเองบนพื้นฐานการค้นคว้าด้วยตนเอง ซึ่งการพิจารณานี้มีอิทธิพลต่อความเชื่อของแต่ละบุคคล Slovic และคณะ (1980) ได้บันทึกไว้ว่า เมื่อจัดให้บุคคลประเมิน ภาวะเสี่ยงของตนเอง ส่วนใหญ่จะสรุปบนพื้นฐานของความจำ การได้ยิน หรือการสังเกตภาวะ

เสี่ยงโดยตนเอง การตัดสินใจด้วยตนเอง หรือค้นคว้าด้วยตนเอง ซึ่งมีผลต่อทัศนคติของบุคคล เกี่ยวกับความเสี่ยง การควบคุม สิ่งที่เกิดหรือผลที่ตามมา และการบรรเทาหรือลดภาวะเสี่ยง

ความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์

ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์เป็นภาวะที่ทำให้มารดาและทารกในครรภ์มีอันตรายหรือมีโอกาสเสี่ยงตายสูงขึ้น (วินิต พัวประดิษฐ์, 2537) การที่หญิงตั้งครรภ์ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูงนั้น สามารถเพิ่มความเครียด และความวิตกกังวลให้กับหญิงตั้งครรภ์ได้ (Chalmers, 1982 cited in Page, 2000) อย่างไรก็ตามการตั้งครรภ์ถึงแม้ว่าจะไม่มีภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ทุกรายรับรู้ถึงการมีข้อจำกัด (Self-limiting event) และโอกาสเสี่ยงทั้งของตนเองและทารกในครรภ์ในการเกิดอันตรายได้ (Mandeville & Troiano, 1999) โดยการรับรู้ของแต่ละบุคคล จะมากน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความจำ และความเข้าใจของแต่ละบุคคล (Slovic, Fischhoff & Lichtenstein, 1980) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาหรือสิ่งรบกวนต่าง ๆ ในระหว่างตั้งครรภ์ เช่น การต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เป็นจำนวนมากในระหว่างตั้งครรภ์ อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ ที่นำไปสู่การรับรู้ภาวะเสี่ยงของมารดาเพิ่มขึ้น (Mandeville & Troiano, 1999) ซึ่งการรับรู้นี้จะมีผลต่อความเชื่อของแต่ละบุคคล (Tversky & Kahnemann, 1974) Chalmers (1982 cited in Page, 2000) ยังศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์นั้นทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลในการตั้งครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นเหตุให้หญิงตั้งครรภ์สูญเสียความเชื่อมั่นในการคลอด Kolker & Burke (1993) ศึกษาการรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์จำนวน 120 ราย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ มีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพ การปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ และความรุนแรงของโอกาสในการสูญเสียทารกในครรภ์ หรือการคลอดทารกที่มีความพิการ ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา

การเป็นมารดา เป็นพฤติกรรมของการเรียนรู้ (Learned behavior) ซึ่งพัฒนาขึ้นพร้อมกับประสบการณ์การปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดากับบุตร และการพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์ (Self image) และบทบาท (Role) การเป็นมารดาของตนเอง Rubin (1967) อธิบายว่ามารดาทุกคนพยายามที่จะเรียนรู้บทบาทเพื่อกระทำให้เป็นผลสำเร็จ สังเกตได้จากทุก ๆ การกระทำของการปฏิบัติบทบาท เป็นการทดสอบความสามารถในการเป็นมารดา เพื่อที่จะลดช่องว่างระหว่างภาพลักษณ์ในอุดมคติของการเป็นมารดา (Ideal image) และความสามารถใน

การปฏิบัติจริง ถ้าการเรียนรู้และการกระทำบทบาทครั้งแรกประสบผลสำเร็จ การปฏิบัติบทบาทอื่น ๆ จะดูง่ายและทำให้มารดารู้สึกพอใจกับบทบาท

ความง่ายของการรับบทบาทใหม่ในมารดาแต่ละบุคคล ขึ้นกับระดับของความผูกพัน (Commitment) กับบทบาท ความรู้สึกรับรู้ถึงความสามารถในบทบาท (Competence) ความขัดแย้งในบทบาทกับบทบาทอื่น ๆ หรือกับค่านิยมของบทบาทในสังคม รวมทั้งการเรียนรู้บทบาททางสังคมที่มีมาก่อน และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ (Burr, et al., 1979) การรับรู้ความสามารถในบทบาท (Competence) และสามารถดำรงบทบาทได้เหมาะสม (Mastery) จะนำไปสู่ความรู้สึกในทางบวกต่อบทบาทการเป็นมารดาเพิ่มขึ้น (Mercer, 1985)

การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา เกิดขึ้นจากพัฒนาการของการคิดรู้ โดยกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองทางสังคม (Self socialization) ด้วยการแสวงหาข้อมูลความรู้ (Information seeking) และให้ความหมายตนเอง (Self-definition) โดยได้รับอิทธิพลจากบริบทในชีวิต คือ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Ruble, 1987; Gibaund-Walston, 1977 อ้างถึงใน สุพรรณณี สุ่มเล็ก, 2538) Deutsch, et al. (1988) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาข้อมูล ความรู้ และการให้ความหมายตนเอง ในระหว่างการปรับรับบทบาทมารดาเป็นครั้งแรกในผู้หญิงจำนวน 600 คน ที่วางแผนว่าจะตั้งครรภ์ภายใน 2 ปี ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้หญิงมีความกระตือรือร้นที่จะแสวงหาข้อมูลล่วงหน้าก่อนที่จะคลอดบุตร คนแรก 2) ใช้ข้อมูลเหล่านี้สร้างภาพลักษณ์ในการเป็นมารดาของตน และ 3) หลังจากคลอดบุตร การให้ความหมายตนเองจะเปลี่ยนจากแหล่งข้อมูลที่เคยได้รับ มาเป็นประสบการณ์ตรงที่ให้การดูแลบุตร ผู้วิจัยสรุปว่า มารดาสร้างแนวคิดการเรียนรู้บทบาทของตนเองทางสังคม ร่วมกับการแสวงหาข้อมูล ความรู้ และการให้ความหมายตนเองในการพัฒนาแนวคิดการเป็นมารดาของตนเองขึ้น (Self conception) ระหว่างการปรับรับบทบาทใหม่ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนกระทั่งหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pridham (1987) รายงานไว้ว่ามารดาที่มีบุตรคนแรก ให้ความสำคัญกับความหมายและการกระทำบทบาทของมารดาที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ "อัตตา" (Sense of self) มากกว่ามารดาที่มีบุตรหลายคน การให้ความหมาย และความสำคัญนี้เป็นความผูกพัน (Commitment) ของมารดา ซึ่งจะมีผลต่อการพิจารณาตัดสินใจของปัจจัยต่าง ๆ ในการปรับตัวต่อบทบาท ความผูกพันที่มีมาก การพัฒนาของการประเมิน มีแนวโน้มเป็นการท้าทายให้มีแรงขับ มุมานะ (Strive) ที่จะเรียนรู้ และพัฒนาการตระหนักรู้บทบาท (Self-awareness) การให้ความหมายบทบาท (Self definition) ของตนเอง กระบวนการนี้เกิดขึ้นเป็นลักษณะพลวัต (Burr, et al., 1979)

ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา กับภาวะซึมเศร้า ในระยะตั้งครรภ์

การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาตามการรับรู้ของมารดาเอง มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยมารดาที่มีความรู้/ทักษะเกี่ยวกับการดูแลบุตร และสามารถดำรงบทบาทมารดาได้ดี จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในทางบวกเพิ่มมากขึ้น โดยการรับรู้บทบาทในการเป็นมารดาจะพัฒนาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ (Deutsch, et al., 1988) การรับรู้ความสามารถในบทบาท (Competence) จะนำไปสู่ความรู้สึกในทางบวกต่อบทบาทการเป็นมารดาเพิ่มขึ้น และทำให้มารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น (Mercer, 1985) ดังการศึกษาของ Sank (1991 อ้างถึงใน สุพรรณิ สุ่มเล็ก, 2538) ศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาของบิดามารดาอเมริกันผิวดำในระยะก่อนคลอด มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมารดา จากการศึกษาของ Shereshefsky & Yarrow (1973, อ้างถึงใน สุพรรณิ สุ่มเล็ก, 2538) พบว่า มารดาที่มีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาที่ดี จะมีความแข็งแกร่งทางจิตใจ และมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Curry (1983) พบว่า ผู้หญิงที่ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดาได้ หรือไม่ไว้วางใจความสามารถของตนเอง หรือรู้สึกกว่าตนเองไร้ค่า มักจะมีภาพลักษณ์ของตนเองต่ำ และปรับตัวต่อการเป็นมารดาได้ยาก นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพของคู่สมรส

สัมพันธภาพของคู่สมรสหรือการปรองดองระหว่างคู่สมรส หมายถึง การที่คู่สมรสพยายามปรับตัวเข้าหากันภายหลังการแต่งงาน โดยพยายามหลีกเลี่ยงหรือแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้คู่สมรสไม่เข้าใจกัน แต่กลับมีความพึงพอใจชีวิตการแต่งงานและพึงพอใจซึ่งกันและกัน มีความสนใจและปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน พยายามปฏิบัติตามความคาดหวังของทั้งสองฝ่าย (Locke & Williamson, 1958 อ้างถึงใน พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, 2542) การปรับตัวของคู่สมรสเป็นการโอนอ่อนผ่อนตามซึ่งกันและกันระหว่างสามีภรรยา (Locke & Wallace, 1959 อ้างถึงใน พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, 2542) การปรับตัวเป็นกระบวนการและการประเมินผลของการทำหน้าที่ของคนสองคนซึ่งแต่งงานกัน เป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายองค์ประกอบที่สะท้อนให้เห็นการประเมินผลของคู่สมรสที่มีต่อปฏิสัมพันธ์ และหน้าที่ของคู่สมรสซึ่งแต่งงาน และใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน (Spanier, 1976; Spanier & Lewis, 1980)

คู่สมรสที่มีการปรับตัวได้ดีหรือคู่สมรสที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดีสามารถสังเกตได้จากคู่สมรสมีการแสดงความเป็นเพื่อนซึ่งกันและกัน มีความเห็นพ้องกันในเรื่องค่านิยมพื้นฐาน มีความสนิทสนมรักใคร่ซึ่งกันและกัน มีความยืดหยุ่นให้อภัยซึ่งกันและกัน มีเสน่ห์ซึ่งกันและกัน ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ที่สังเกตได้ไม่ชัดเจน (Locke & Williamson, 1958 อ้างถึงใน พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, 2542)

สัมพันธภาพของคู่สมรสในระยะที่ภรรยาตั้งครรภ์อาจมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทั้งนี้ เพราะมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน สามีต้องมีความรับผิดชอบต่อครอบครัว มากขึ้น อาจต้องหารายได้พิเศษเพื่อเพิ่มรายได้ครอบครัว และอาจมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการ คลอดและเลี้ยงดูบุตร เป็นผลให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดได้ ส่วนทางด้านภรรยาก็ อาจมีเวลาเอาใจใส่สามีน้อยลง สนใจแต่ตนเองและบุตรในครรภ์เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ส่งผลกระทบกระเทือนต่อความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยาได้ (สมาคมวางแผนครอบครัว แห่งประเทศไทย, 2526 อ้างถึงใน สุภาพ สง่างาม, 2545) อาจทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน ความพึงพอใจที่มีต่อกันลดน้อยลง หรือมีความคิดเห็นขัดแย้งกัน และไม่เข้าใจกันมากขึ้น โดยเฉพาะ ในขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์จะมีอารมณ์แปรปรวน และหงุดหงิดง่าย ต้องการการประคับประคอง ทางจิตใจจากสามีมาก หากสามีไม่เข้าใจจะยิ่งทำให้เกิดความตึงเครียดทางด้านจิตใจมากขึ้น การพูดคุยปรึกษากันเพื่อเตรียมตัวเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรที่เกิดมาก็จะน้อยลงหรือไม่มีเลย

Spanier (1976) ได้อธิบายว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีลักษณะเป็นกระบวนการ มีการดำเนินอย่างต่อเนื่อง และเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การวัดคุณภาพของสัมพันธภาพ ระหว่างคู่สมรสจึงเป็นการวัด ณ จุดหนึ่งของเส้นตรง อาจวัดตรงจุดที่ปรับตัวได้ดี ซึ่งอยู่ที่ปลาย ข้างหนึ่ง หรืออาจเป็นการวัดการปรับตัวไม่ได้ซึ่งอยู่ที่ปลายอีกด้านหนึ่งมากกว่าการวัดกระบวนการ ปรับเปลี่ยน สัมพันธภาพของคู่สมรสสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกระแสของตัวกระตุ้น การตั้งครรภ์ เป็นตัวกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของคู่สมรสในระดับหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นทั้งในด้านบวก และด้านลบ (Russel, 1974) และคู่สมรสก็ตระหนักว่าการกระตุ้นเป็นการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพ ที่เกิดขึ้นชั่วคราว และสามารถรับรู้ว่ามีสัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยานั้น อาจเปลี่ยนแปลงได้ ไม่ว่าในระยะใด ๆ ของช่วงเวลาทั้งขณะตั้งครรภ์และภายหลังคลอด (Lenz, et al., 1985)

การวัดคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสนั้นสามารถวัดได้โดยใช้แบบวัดการปรับตัว ในชีวิตสมรส (Marital Adjustment Test, MAT) ซึ่งสร้างโดย Locke & Wallace (1959 อ้างถึง ใน พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, 2542) ประกอบด้วย ความเป็นเพื่อนซึ่งกันและกัน ความเห็นพ้อง ของคู่สมรส ความปรองดองของคู่สมรส ความไว้วางใจซึ่งกันและกันของคู่สมรส แบบวัดการปรับตัว ของคู่สมรสของ Locke & Wallace เป็นแบบวัดที่สั้นและง่ายต่อการตอบมีความตรง และความ เชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง จึงเป็นที่นิยมของนักวิจัยมานานหลายปี นับตั้งแต่มีการสร้างเครื่องมือนี้ จนไม่สามารถนับจำนวนวิจัยทั้งหมดที่ใช้แบบวัดนี้ได้ (Crane, et al., 1990) แม้ว่าในปัจจุบันจะ ได้มีการพัฒนาแบบวัดการปรับตัวของคู่สมรสขึ้นมาใหม่และเป็นที่ยอมรับ เช่น แบบวัดการปรับตัว ของคู่สมรส (Dyadic Adjustment Scale, DAS) ของ Spanier (1976) แต่ยังมีผู้นิยมใช้แบบวัด MAT เนื่องจากแบบวัด DAS และ MAT มีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง โดยพบว่าค่าความสัมพันธ์ อยู่ในระดับ 0.86-0.93 ($p < .001$) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัดการปรับตัวในชีวิตสมรส (Marital

Adjustment Test, MAT) เป็นเครื่องมือในการประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของหญิงตั้งครรรภ์

ความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรรภ์

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (Marital Relationship) คือการที่คู่สมรสพยายามปรับตัวเข้าหากันภายหลังแต่งงาน โดยพยายามหลีกเลี่ยงหรือแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้คู่สมรสไม่เข้าใจกัน คู่สมรสที่มีการปรับตัวได้ดีหรือคู่สมรสที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดีสามารถสังเกตได้จากคู่สมรสที่มีความเป็นเพื่อนซึ่งกันและกัน มีความเห็นพ้องกัน สนับสนุนรักใคร่ซึ่งกันและกัน มีความยืดหยุ่นให้อภัยกัน (Locke & Williamson, 1985 อ้างถึงใน พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, 2542) ความเห็นพ้องกันของคู่สมรสเป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้คู่สมรสไม่มีการทะเลาะเบาะแว้งกัน ทำให้โอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลง ดังการศึกษาของ พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2542) ศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสด้านความเห็นพ้องกันของคู่สมรส สามารถทำนายความแปรปรวนของอาการซึมเศร้าภายหลังคลอดได้ร้อยละ 22.52 สมบัติ สรรพอุดม และคณะ (2542) ศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรรภ์ที่มีสภาพชีวิตสมรสไม่ราบรื่น มีความสุขน้อย จะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรรภ์ได้ Dimitrovsky และคณะ (2001) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรรภ์และหลังคลอดกับการรับรู้ของหญิงตั้งครรรภ์เกี่ยวกับสัมพันธภาพของตนกับสามีและมารดา พบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างสัมพันธภาพของคู่สมรสกับการเกิดภาวะซึมเศร้า การมีสัมพันธภาพกับสามีในระดับต่ำระหว่างตั้งครรรภ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรรภ์ และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอดได้

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลายดังนี้

Kaplan (1977 อ้างถึงใน อังคณา นวलयง, 2535) ได้ให้ความหมายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของแต่ละคน ได้แก่ การได้รับความนับถือ การยอมรับ การได้รับความปลอดภัย ได้รับความเห็นใจ และได้รับการตอบสนองความต้องการ รวมทั้งเป็นความสัมพันธ์ที่มีอยู่ หรือขาดหายไปจากคนที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

House (1981 cited in Brown, 1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

Thoits (1982) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ หรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลเผชิญกับความเครียดและตอบสนองต่อความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

Heller & Swindle (1986 cited in Cresia & Parker, 1991) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่งโดยที่แต่ละบุคคลมีบทบาทในการเลือก และดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพของการสนับสนุน

Brown (1986) สรุปว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ประกอบด้วยหลายมิติ ที่สำคัญคือ ต้องประกอบด้วยแหล่งที่ทำให้การสนับสนุน ชนิดของการสนับสนุน และจำนวนครั้งของการให้การสนับสนุน

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528, อ้างถึงใน ศิริวรรณ ขอบธรรม, 2536) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ทำให้บริการสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม เช่น บุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามี ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลและข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือการสนับสนุนทางจิตใจ แก่ผู้รับแรงสนับสนุนและมีผลให้ผู้รับปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีลักษณะสำคัญ คือมาจากการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ตามความต้องการที่จำเป็นของแต่ละบุคคล โดยแต่ละบุคคลมีบทบาทในการเลือกได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ และดำรงความสัมพันธ์กับการสนับสนุนที่เลือกนั้น ซึ่งแหล่งของการสนับสนุนได้จากทั้ง ญาติ สามี เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้แตกต่างกันคือ

Cobb (1976) ได้แก่การสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ซึ่งมักได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับ และเห็นคุณค่านั้นด้วย
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Network Support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิก หรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกัน

Kaplan (1977 อ้างถึงใน อังคณา นวलयง, 2535) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนทางสังคมเป็นรูปธรรม (Tangible support) ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปของการช่วยเหลือทางการเงิน หรือช่วยเหลือด้านร่างกาย (Financial or Physical assistance)
2. การสนับสนุนทางสังคมเป็นนามธรรม (Intangible support) ซึ่งอยู่ในรูปของการให้กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรักหรือความอบอุ่นทางอารมณ์

Kahn (1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. ความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ หรือด้วยความรัก
2. การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสมทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล
3. การให้การช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่นโดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลืออาจจะเป็นวัตถุ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสาร หรือเวลา

House (1981 cited in Brown, 1986) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ยอมรับนับถือ
2. การสนับสนุนทางด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง หรือเรียนรู้ตัวเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ การสนับสนุนด้านนี้จึงเปรียบเสมือนการเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcement)
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเท็จจริง แนวทางเลือก หรือแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน (Instrumental support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคน เช่น เงิน แรงงาน หรือเวลา เป็นต้น

Weiss (1974) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ลักษณะคือ

1. ความผูกพันใกล้ชิด ความผูกพันใกล้ชิดนี้ทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ไม่เกิดความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว
2. การมีส่วนร่วมในสังคม การมีส่วนร่วมในสังคมทำให้บุคคลรู้สึกกว่าตนเองได้รับการยอมรับและมีคุณค่าต่อกลุ่ม

3. การได้รับโอกาสในการเลี้ยงดูผู้อื่น เป็นการทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของผู้อื่น และผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะเกิดความคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์ และไร้จุดหมาย

4. การได้รับการยอมรับ เป็นการได้รับการยอมรับจากครอบครัว หรือเพื่อน ถ้าคนไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

5. การได้รับความช่วยเหลือ เป็นการได้รับความช่วยเหลือด้านคำแนะนำ ชี้แนะหรือได้รับกำลังใจ เพื่อสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

Thoits (1982) ได้แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้นบุคคลได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ปกติ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Aid) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารรวมทั้งคำแนะนำและการป้องกัน

3. การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional Aid) หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่าและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

สมจิต หนูเจริญกุล (2537) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การให้ความช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลป้องกันเกี่ยวกับพฤติกรรมและการปฏิบัติของบุคคล

2. การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การให้ความสำคัญ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ทำให้รู้สึกได้รับการเอาใจใส่หรือความรัก

3. การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) คือการให้ความช่วยเหลือโดยตรง หรือการให้สิ่งของการให้บริการ

แหล่งการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เนื่องจากชนิดของการสนับสนุนทางสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปตามแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม นอกจากนั้นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมยังสามารถบอกถึงขนาดของ

เครือข่าย (Network size) ทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับด้วย ซึ่งส่วนใหญ่แล้วการสนับสนุนทางสังคมมีที่มาจาก

ครอบครัว เพื่อนสนิท ญาติ คู่สมรส

2. กลุ่มสังคมในระดับชุมชน เช่น เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน บุคลากรในวิชาชีพ อาสาสมัคร เพื่อช่วยเหลือ ชุมชนต่าง ๆ ที่ตั้งขึ้นในสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ (Stewart, 1989 อ้างถึงใน อังคณา นวलयง, 2535)

ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

มี 3 ระดับคือ

1. Macrolevel คือ การวัดโดยพิจารณาถึงการเข้าร่วม และการมีส่วนร่วมในสังคม โดยวัดจากลักษณะต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2. Mezzolevel คือ การวัดในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีการติดต่ออยู่เสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด

3. Microlevel คือ การวัดที่พิจารณาที่ความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม มาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา คนรัก

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีผู้สร้างและพัฒนาขึ้นมามากมายตามคำนิยามและชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

Brown (1986) ได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ชื่อว่า The Support Importance Scale ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยเครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 45 ข้อ และต่อมาได้ทดสอบหาค่าความตรงเชิงโครงสร้าง โดยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ จึงลดข้อคำถามเหลือเพียง 11 ข้อ และเปลี่ยนชื่อเครื่องมือชุดนี้เป็น The Support Behavior Inventory

Brandt and Weinert (1981) ได้พัฒนาเครื่องมือ The Personal Resource Questionnaire (PRQ) ตามกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) ประกอบด้วยข้อคำถามซึ่งประเมินเกี่ยวกับ ความผูกพันใกล้ชิด การมีส่วนร่วมในสังคม การได้รับโอกาสในการเลี้ยงดูผู้อื่น การได้รับการได้รับการยอมรับ และการได้รับความช่วยเหลือด้านคำแนะนำ ซึ่งแบบสอบถามชุดนี้

ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 30 ข้อ โดยในแต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 7 ระดับ

Cronenwett (1985) ได้พัฒนาเครื่องมือ Social Network Inventory ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งประกอบไปด้วย 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ยอมรับนับถือ 2) การสนับสนุนทางการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง หรือเรียนรู้ตัวเอง 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการให้คำแนะนำข้อเท็จจริง แนวทางเลือก หรือแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้ และ 4) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน (Instrumental support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคน เช่น เงิน แรงงาน หรือเวลา เป็นต้น

Logsdon และ คณะ (1994) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) และ Cronenwett (1985) ออกเป็น 4 หมวดใหญ่ ๆ ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support), การสนับสนุนทางการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal support), การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support), และการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน (Instrumental support) และได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมขึ้น เรียกว่า Postpartum Support Questionnaire (PSQ) ประกอบด้วยข้อคำถาม 34 ข้อ โดยคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 8 ระดับ ภายหลังลดเหลือ 5 ระดับ และถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล (2542)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) และ Cronenwett (1985) มาประเมินการสนับสนุนทางสังคมในระยะตั้งครรภ์ เนื่องจากตามความหมายของนักทฤษฎีเกือบทุกคนจะมีการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และข้อมูลทางด้านทรัพยากร สิ่งของ ที่คล้ายคลึงกัน แต่ในแนวคิดของ House (1981) จะเพิ่มการสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ และเป็นสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการรับรู้ว่าตนเองนั้นสามารถดูแลทารกในครรภ์ได้ดีตามความคาดหวังของสังคมหรือไม่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าแนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่เหมาะสมในการนำมาใช้กับหญิงตั้งครรภ์

ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์

เป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่า หญิงตั้งครรภ์จะต้องเผชิญกับความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ความเครียดดังกล่าวนับเป็นวิกฤตการณ์ที่หญิงตั้งครรภ์จะต้องปรับตัว โดยเฉพาะในการตั้งครรภ์ครั้งแรก ดังนั้นการที่ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะดี

และมีคุณภาพอย่างไรนั้น จำเป็นจะต้องมีปัจจัยส่งเสริมหลายประการ ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่อาจส่งผลถึงการปฏิบัติบทบาทและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังที่ ลู หง (2543) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในหญิงที่มีบุตรคนแรก พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.44, p = .01$) โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญคือ สามี บิดามารดา และบิดามารดาของสามี นอกจากนี้ Tilden (1984) ยังศึกษาพบว่า การขาดการสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง ของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีสามีทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเครียดในชีวิตและวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีสามี ส่วนการสนับสนุนด้านข้อมูล และด้านอารมณ์ของหญิงทั้งที่มีและไม่มีสามี ไม่แตกต่างกัน Barrera (1981, อ้างถึงใน พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล, 2540) ศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่า ความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนทางสังคมที่มารดาได้รับมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการทางจิตของมารดาวัยรุ่น และพบว่า ความเครียดในชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายผลอาการซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Seguin และคณะ (1995) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ที่มีเศรษฐกิจต่ำเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีเศรษฐกิจสูง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่ม

รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ มักจะเป็นการศึกษาของต่างประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่สนใจทำการศึกษาถึงภาวะจิตใจและอารมณ์ขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด รวมถึงความผิดปกติของทารก และมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ นอกจากนี้การที่หญิงตั้งครรภ์เป็นส่วนหนึ่งของสังคมจึงมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคม เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะจิตใจและอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ด้วย ส่วนการศึกษาถึงภาวะจิตใจและอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยพบว่ยังมีการศึกษาเป็นจำนวนน้อย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

Buesching, Glasser & Frate (1986) ศึกษาเกี่ยวกับขบวนการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด วัดภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Zung Self-Rating Depression Scale ในหญิงตั้งครรภ์ในระยะไตรมาสที่ 1 (10-12 สัปดาห์), ไตรมาสที่ 2 (20-24 สัปดาห์), และ ไตรมาสที่ 3 (36-40 สัปดาห์) พบว่า ภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำถึงปานกลาง พบมากที่สุดในช่วงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะสัปดาห์ที่ 36-40 ซึ่งพบอัตราการเกิดร้อยละ 29.8 ส่วนภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง

ถึงรุนแรง พบมากในช่วงตั้งครรภ์สัปดาห์ที่ 20-24 และสัปดาห์ที่ 36-40 โดยพบอัตราการเกิดเท่ากันคือ ร้อยละ 7 รวมเป็นการพบภาวะซึมเศร้าใน 36 – 40 สัปดาห์ ถึง ร้อยละ 36.8

Seguin และคณะ (1995) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า The Beck Depression Inventory ประเมินอาการของภาวะซึมเศร้าในระยะ 7 วันก่อนทำแบบประเมิน (ตอบแบบสอบถามเมื่ออายุครรภ์ 30 สัปดาห์) พบว่า ความเครียดในชีวิตเช่น ความเครียดด้านเศรษฐกิจ ปัญหาครอบครัว เหตุการณ์ไม่พึงปรารถนาในชีวิต และการขาดการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์

Pajulo และคณะ (2001) ศึกษาอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 18-35 สัปดาห์ ประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7.7 ระดับเศรษฐกิจ ความแตกต่างในสภาพแวดล้อมทางสังคม ความแตกต่างด้านการสนับสนุนทางสังคม และจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์

Dimitrovsky, Perez-Hirshberg & Itskowitz (2001) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ 30-36 สัปดาห์ โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า Self-Rating Depression Scale ของ Zung พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ระดับต่ำ ร้อยละ 27.78 ระดับปานกลางและรุนแรง ร้อยละ 18.52 รวมเป็นภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 46.30 และพบว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดมีความสัมพันธ์กัน ($r = .42, p < .001$) สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ ($r = .28, p < .05$)

Evans และคณะ (2001) ได้ติดตามการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของมารดาตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์และหลังคลอด โดยศึกษาภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 18 และ 32 สัปดาห์ และในระยะ 8 สัปดาห์ และ 8 เดือน หลังคลอด ประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า The Edinburgh postnatal depression scale พบว่าร้อยละ 25 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด เริ่มมีอาการที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ และพบว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นสูงสุดในระยะตั้งครรภ์ 32 สัปดาห์

สำหรับในประเทศไทย การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์พบเพียงการศึกษาของ วัฒนีย์ แสงหิรัญ (2536) ซึ่งได้ศึกษาความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 338 คน ที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลราชวิถี วัดภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบสอบถามอาการซึมเศร้า CES-D (Center of Epidemiologic

Depression Scale) พบภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ ร้อยละ 35.2 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

นราภรณ์ ชาญชัย (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรก และอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 3 (36-40 สัปดาห์) ซึ่งมารับบริการฝากครรภ์ ตลอดจนคลอดและกลับมาตรวจสุขภาพตามปกติ หลังคลอดแล้ว 1 เดือน ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 161 ราย ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า CES-D (Center of Epidemiologic Depression Scale) พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ (อายุครรภ์ 36-40 สัปดาห์) อัตราร้อยละ 38.5 นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์จะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดด้วย

สมบัติ สรรพอุดม และคณะ (2541) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในหญิงระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ คลอดปกติ และมารับบริการตรวจหลังคลอด แผนกสูติรีเวช โรงพยาบาลตากสิน จำนวน 91 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบวัดอาการซึมเศร้า CES-D พบว่า อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ พบร้อยละ 36.3 ลักษณะต่าง ๆ ของการเกิดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในระยะตั้งครรภ์ พบว่า สภาพครอบครัวที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในบ้าน สภาพที่อยู่อาศัย และสภาพทางการเงินของครอบครัว ลักษณะด้านร่างกายที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่ ลักษณะบุคคลที่เป็นคนอ่อนแอ ซ้ำอายุ ลักษณะด้านจิตใจ และสังคมที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่ เหตุการณ์สำคัญต่อความรู้สึกระหว่างตั้งครรภ์ ความพร้อมและเหตุผลในการตั้งครรภ์ การยอมรับการสมรส สภาพชีวิตสมรส สัมพันธภาพกับมารดา การดูแลสุขภาพมีขณะที่กลุ่มตัวอย่างตั้งครรภ์ และการแสดงออกของสมათ่อบุตรในครรภ์

ปิ่นแก้ว โชติอำนวย (2543) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital Anxiety and Depression Scale : HASD) พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 5 และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์คือ ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์ และอายุของหญิงตั้งครรภ์ โดยพบว่า มารดาที่มีอายุน้อยหรือตั้งครรภ์ครั้งแรกจะมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า

จากแนวคิดและผลการวิจัยดังกล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นว่าทั้งแนวคิดและผลการวิจัยสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าใน

ระยะหลังคลอด และในหญิงตั้งครรภ์ชาวตะวันตก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นคนไทยที่มีวัฒนธรรมและความเป็นอยู่แตกต่างกับชาวตะวันตกว่าจะมีความสอดคล้องกันหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ รวมทั้งศึกษาความสามารถในการร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์จากอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 3 (อายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์) และมารับการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐ

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคัดเลือกจากประชากร โดยเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28 – 40 สัปดาห์ พิจารณาจากประวัติการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (Last menstrual period: LMP) หรือการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) หากไม่สอดคล้องกันจะพิจารณาอายุครรภ์จากวิธีอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การวัดจากขนาดและระดับของมดลูก
2. เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ร่วมกับสามีในขณะตั้งครรภ์
3. มีการรับรู้ดี มีความสามารถในการสื่อสาร และยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

การประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรอย่างหยาบของ Thorndike (1978 cited in Prescott, 1987)

$$\text{สูตร } n \geq 10k + 50$$

โดยที่ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$$k = \text{จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา} = \text{ตัวแปร 6 ตัวแปร}$$

ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยที่เหมาะสมในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ คือ $n \geq 10(6) + 50$ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ควรมีมากกว่าหรือเท่ากับ 110 คน ในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากข้อมูลไม่สมบูรณ์

ระยะเวลาที่เก็บข้อมูลตั้งแต่ 20 กรกฎาคม 2547 จนถึง 20 สิงหาคม 2547

การคัดเลือกสถานที่ศึกษา เนื่องจากการให้บริการรับฝากครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลสังกัดของรัฐในประเทศไทยส่วนใหญ่ให้บริการที่คล้ายคลึงกัน และหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในแต่ละโรงพยาบาลก็ไม่แตกต่างกันมากนัก นอกจากนี้จากสถิติการเกิดภาวะซีมเศร้าในประเทศไทยของประชาชนทั่วไปในทุกกลุ่มอายุในแต่ละภาคก็อัตราที่เกิดที่ใกล้เคียงกัน (www.moph.go.th) ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกโรงพยาบาลที่จะทำการศึกษาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากเลือกจังหวัดที่จะศึกษาได้จังหวัดจันทบุรี และพิจารณาเลือกโรงพยาบาลที่มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์มากที่สุดที่สุดในจังหวัด เป็นสถานที่ทำการศึกษา คือ โรงพยาบาลพระปกเกล้า และเพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วเสร็จภายในระยะเวลา 1 เดือน และเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายมากขึ้น ผู้วิจัยจึงทำการสุ่มสถานที่ศึกษาเพิ่มอีก 1 แห่งด้วยวิธีการเดียวกัน โดยสุ่มได้จังหวัดสมุทรสาคร และพิจารณาเลือกโรงพยาบาลสมุทรสาครเป็นสถานที่ทำการศึกษา ดังนั้นโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่ศึกษาในครั้งนี้จึงได้แก่ โรงพยาบาลสมุทรสาคร และโรงพยาบาลพระปกเกล้า

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง จากสถิติการคลอดของโรงพยาบาลพระปกเกล้าและโรงพยาบาลสมุทรสาครพบว่า มีสถิติการคลอดประมาณ 300 รายต่อเดือน ผู้วิจัยจึงเลือกตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) คนเว้นคนในกลุ่มที่มีอายุครรภ์เท่ากัน กำหนดจำนวนหญิงตั้งครรภ์ 120 คน โดยกำหนดให้กระจายตามระยะเวลาตลอดการตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 ให้มากที่สุด ได้กลุ่มตัวอย่างดังรายละเอียดต่อไปนี้

อายุครรภ์ 28 สัปดาห์	จำนวน 9 คน
อายุครรภ์ 29 สัปดาห์	จำนวน 10 คน
อายุครรภ์ 30 สัปดาห์	จำนวน 9 คน
อายุครรภ์ 31 สัปดาห์	จำนวน 9 คน
อายุครรภ์ 32 สัปดาห์	จำนวน 10 คน
อายุครรภ์ 33 สัปดาห์	จำนวน 10 คน
อายุครรภ์ 34 สัปดาห์	จำนวน 9 คน
อายุครรภ์ 35 สัปดาห์	จำนวน 9 คน
อายุครรภ์ 36 สัปดาห์	จำนวน 9 คน
อายุครรภ์ 37 สัปดาห์	จำนวน 9 คน
อายุครรภ์ 38 สัปดาห์	จำนวน 9 คน
อายุครรภ์ 39 สัปดาห์	จำนวน 9 คน
อายุครรภ์ 40 สัปดาห์	จำนวน 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยนี้แบ่งเป็น 6 ส่วน (ภาคผนวก ก)

ประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพของคู่สมรส
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์
- ส่วนที่ 6 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์

การสร้างและลักษณะเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว อายุครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ ประสบการณ์การแท้งบุตร ประสบการณ์การคลอดบุตร และประสบการณ์การป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพของคู่สมรส เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากพรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) ที่แปลมาจากแบบวัดการปรับตัวในชีวิตสมรส (Marital Adjustment Test, MAT) ซึ่งสร้างโดย Locke & Wallace (1959) แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพของคู่สมรส ซึ่งสามารถประเมินได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกในลักษณะของความเห็นพ้องของคู่สมรส ความปรองดองของคู่สมรส และความไว้วางใจซึ่งกันและกันของคู่สมรส รวมทั้งสิ้น 15 ข้อ ในแต่ละข้อมีลักษณะการให้คะแนนที่แตกต่างกัน (ภาคผนวก ข)

คะแนนสัมพันธภาพของคู่สมรสในการวิจัยนี้เป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามทั้งหมดที่มีคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 2 คะแนน ถึง 158 คะแนน หญิงตั้งครรภ์ที่ได้คะแนนสูงหมายถึงมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดี ในการวิจัยนี้คะแนนสูงสุด 146 คะแนน ต่ำสุด 55 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจาก พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) ที่แปลมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดย Logsdon และคณะ (1994) โดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) และ Cronenwett (1985) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของเงินทอง การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ปรับสถานการณ์ในแบบสอบถามให้มีความเฉพาะกับระยะตั้งครรภ์ โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงประเด็นเนื้อหาของแนวคิดที่ใช้ในการสร้างเครื่องมือ ข้อคำถามมีทั้งหมด 34 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (Likert scale) โดยมีตัวเลือกตอบตั้งแต่ เป็นจริงมากที่สุด (5 คะแนน) ถึง ไม่จริงเลย (1 คะแนน)

คะแนนการสนับสนุนทางสังคมในการวิจัยนี้เป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามทั้งหมดที่มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 34 คะแนน ถึง 170 คะแนน หญิงตั้งครรภ์ที่ได้คะแนนสูงหมายถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ในการวิจัยครั้งนี้คะแนนสูงสุด 154 คะแนน ต่ำสุด 74 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจาก สุพรรณิ สุ่มเล็ก (2538) ที่แปลมาจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา (Parenting Sense of Competence Scale, PSOC) สร้างโดย Gibaud-Wallston (1977) ตามแบบจำลองของ Wagner & Morse's (1975) แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 17 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามซึ่งประเมินเกี่ยวกับ 1) การรับรู้คุณค่าการเป็นมารดา และ/หรือความพอใจ (valuing/ comfort) ในบทบาทการเป็นมารดาของตน 2) ความสามารถในทักษะ และ/หรือความรู้ (skill/ knowledge) ที่ควรมีในการเป็นมารดาที่ดี โดยในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้รับสถานการณ์ของแบบสอบถามให้มีความเฉพาะกับระยะตั้งครรภ์ โดยให้เป็นการคาดการณ์ถึงความสามารถในการเป็นมารดาในระยะหลังคลอด และไม่มีการเปลี่ยนแปลงประเด็นเนื้อหาของแนวคิดที่ใช้ในการสร้างเครื่องมือ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (Likert scale) โดยมีตัวเลือกตอบตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน)

แบบสอบถามนี้มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ คะแนนการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาในการวิจัยนี้เป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามทั้งหมด ที่มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 17 คะแนน ถึง 85 คะแนน หญิงตั้งครรภ์ที่ได้คะแนนสูงรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาของตนเองมาก ในการวิจัยครั้งนี้คะแนนสูงสุด 70 คะแนน ต่ำสุด 42 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร บทความ หนังสือ และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามซึ่งประเมินเกี่ยวกับความรู้สึก ความเข้าใจต่อการตั้งครรภ์ว่าอาจมีอันตรายต่อตนเอง และ/หรือทารกในครรภ์ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (Likert scale) โดยมีตัวเลือกตอบตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) รวมทั้งสิ้น 15 ข้อ

คะแนนการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในการวิจัยนี้เป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามทั้งหมด โดยมีคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 15 คะแนน ถึง 75 คะแนน หญิงตั้งครรภ์ที่ได้คะแนนสูงรับรู้ภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์มาก ในการวิจัยครั้งนี้คะแนนสูงสุด 67 คะแนน ต่ำสุด 17 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถามที่ วิลโคคุด์ นีโรติ คัยกุล และ พนม เกตุมาน (2540) แปลมาจากแบบสอบถามอาการซึมเศร้า CES-D (Center of Epidemiologic Scale Depression) ของสถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา โดยปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นการวัดในแง่ของกลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยค้นหาโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ความเชื่อที่เกิดจากการคิดรู้ อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออก และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยสอบถามในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เลย (ด้านบวก = 3 คะแนน, ด้านลบ = 0 คะแนน) ถึง บ่อยครั้ง (ด้านบวก = 0 คะแนน, ด้านลบ = 3 คะแนน)

แบบสอบถามนี้มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ คะแนนภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ในการวิจัยนี้เป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามทั้งหมด ที่มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 0 คะแนน ถึง 60 คะแนน หญิงตั้งครรภ์ที่มีคะแนน 19 คะแนนขึ้นไปเป็นผู้มีอาการซึมเศร้า โดยคะแนนมากแสดงว่ามีภาวะซึมเศร้ามาก ในการวิจัยครั้งนี้คะแนนสูงสุด 34 คะแนน ต่ำสุด 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามได้แก่ แบบสอบถามสัมพันธภาพของคู่สมรส แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา และการใช้ภาษา พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

1.2 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้ง 5 ชุด ที่ผ่านการแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก ข) ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับงานวิจัย พิจารณาความสอดคล้องระหว่างสาระคำถามกับเนื้อหาสิ่งที่ต้องการวัดหลังจากได้รับแบบสอบถามที่ผ่านความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้ง 5 ชุดดังกล่าว ได้แก่ แบบสอบถามสัมพันธภาพของคู่สมรส แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ มาปรับปรุง

แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้เกณฑ์ $CVI \geq 0.8$ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2544) จากนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อพิจารณาความเห็นชอบอีกครั้ง

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ (อายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์) ที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistic Package for the Social Science) รวมทั้งพิจารณาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อ (Corrected item total correlation) เพื่อดูว่าข้อกระทงข้อใดบ้างที่ต้องทำการปรับปรุงแก้ไข โดยใช้เกณฑ์ถ้าค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทง มีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 0.20 ควรทำการปรับปรุงแก้ไข ถ้าค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงมีค่าน้อยกว่า 0 ควรตัดทิ้ง (ดุสิต สุจิรารัตน์, 2544) สำหรับการพิจารณาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อในแบบสอบถามแต่ละชุดพบว่า มีข้อคำถามบางข้ออยู่ในช่วงนั้น ๆ แต่ผู้วิจัยไม่ได้ตัดข้อคำถามใด ๆ ออก เนื่องจากในแนวคิดที่เลือกใช้ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าต้องมีเนื้อหาและองค์ประกอบนั้น ๆ จึงจะครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษา และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามมีค่าสูงกว่า 0.70 ซึ่งเครื่องมือที่เหมาะสมควรมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.70 (Burns and Grove, 2001) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม ทั้ง 5 ชุด ไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 120 คน แล้ววิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยวิธีเดียวกันอีกครั้ง ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามดังเสนอในตารางที่ 1

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามสัมพันธภาพของคู่สมรส แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง	
	ทดลองใช้ (N = 30)	เก็บข้อมูลจริง (N = 120)
ชุดที่ 1 แบบสอบถามสัมพันธภาพของคู่สมรส	.79	.77
ชุดที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	.92	.90
ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา	.71	.70
ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์	.85	.86
ชุดที่ 5 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์	.75	.79

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรสาคร และโรงพยาบาลพระปกเกล้า เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลได้แจ้งให้หัวหน้าแผนกฝากครรภ์ทราบรายละเอียด หลังจากนั้นผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าแผนกฝากครรภ์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 20 กรกฎาคม 2547 จนถึงวันที่ 20 สิงหาคม 2547 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง แห่งละ 60 คน ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลแห่งละ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันราชการ

ตั้งแต่เวลา 07.00-12.00 น. โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

3.1 วันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 07.00 น. ผู้วิจัยไปที่แผนกฝากครรภ์ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์จากลำดับที่ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ในแต่ละวัน ทำการคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ให้กระจายตามระยะเวลาของการตั้งครรภ์มากที่สุด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์ (กำหนดจำนวนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มละ 9-10 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้เป็นตัวแทนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ในไตรมาสที่ 3 มากที่สุด) โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบ (Systemstic Random Sampling) คนเว้นคน (ในกลุ่มที่มีอายุครรภ์เท่ากัน) จากนั้นจดบันทึกรายชื่อของหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างไว้

3.2 หลังจากที่ยุติตั้งครรภ์ได้รับการชี้แจงน้ำหนักและวัดความดันโลหิตแล้ว ระหว่างที่ยุติตั้งครรภ์รอรับการตรวจ ผู้วิจัยเข้าไปสร้างสัมพันธภาพโดยแนะนำตนเองและขอความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อหญิงตั้งครรภ์ยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยและขั้นตอนการวิจัย และหญิงตั้งครรภ์ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

3.3 หลังจากที่ยุติตั้งครรภ์ลงนามยินยอมให้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ตอบข้อคำถามที่กำหนดไว้ในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียงตามลำดับดังนี้ 1) แบบสอบถามสัมพันธภาพของคู่สมรส 2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 3) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา 4) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ 5) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ เหตุผลของการเรียงลำดับแบบสอบถามนี้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้ง่ายกว่าในระยะอื่น ๆ (Page, 2000) ดังนั้นการตอบแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์จึงพิจารณาไว้เป็นแบบสอบถามฉบับสุดท้าย และขณะที่หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยคอยตอบคำถามที่เกี่ยวข้องกับแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างสงสัย ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์อ่านหนังสือไม่ออก ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ฟังและให้หญิงตั้งครรภ์เป็นผู้เลือกคำตอบที่ละเอียด โดยไม่มีการชี้นำคำตอบ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้พบว่าระหว่างที่ตอบแบบสอบถามอยู่นั้นหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างบางรายถึงลำดับที่ต้องเข้ารับการตรวจก่อนที่จะตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยจึงให้หญิงตั้งครรภ์ไปรับการตรวจครรภ์ก่อน และขอความร่วมมือจากหญิงตั้งครรภ์ให้กลับมาตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนอีกครั้งภายหลังจากการตรวจครรภ์ ซึ่งก็ได้ได้รับความร่วมมือจากหญิงตั้งครรภ์เป็นอย่างดี

3.4 หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามอีกครั้ง ในกรณีที่ไม่ครบถ้วนผู้วิจัยซักถามถึงเหตุผล อธิบายเพิ่มเติม และหากกลุ่มตัวอย่างไม่ชัดเจน ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบให้ครบถ้วน โดยหญิงตั้งครรภ์ทุกคนยินดีตอบคำถามเพิ่มเติมจนครบถ้วนทั้งหมด สำหรับคะแนนจากแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยจะประเมินทันทีภายหลังจากหญิงตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามเสร็จ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีคะแนนซึมเศร้ามากกว่า 19 คะแนน จำนวน 15 คน ผู้วิจัยจะซักถามให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด หรือการดูแลตนเองในส่วนที่หญิงตั้งครรภ์กลัวและวิตกกังวล พร้อมทั้งแจ้งให้หญิงตั้งครรภ์ทราบว่าจะส่งต่อข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ให้กับพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ที่แผนกฝากครรภ์ เพื่อเฝ้าระวังและให้การดูแลตามแนวทางของโรงพยาบาล โดยจะนัดให้หญิงตั้งครรภ์ได้พบกับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาหลังจากได้รับการตรวจครรภ์เสร็จเรียบร้อยแล้ว

4. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ได้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 120 คน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ผู้วิจัยแจ้งให้หญิงตั้งครรภ์ทราบว่าจะส่งต่อข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้จะนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาล ดูแล และให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ การเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างสามารถสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามได้ทันทีหากไม่ประสงค์จะตอบข้อความอีกต่อไป โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการฝากครรภ์ ในกรณีที่พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้า จะส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ในแผนกฝากครรภ์ทราบเพื่อให้การดูแลตามแนวทางของโรงพยาบาลต่อไป

การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูล SPSS ดังนี้

1. นำแบบสอบถามทั้งหมดตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง แบบสอบถามทั้งหมดมีความสมบูรณ์คิดเป็นร้อยละ 100

2. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาให้คะแนนตามกำหนด แล้วนำมาบันทึกโดยใช้โปรแกรม SPSS

3. หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ .70 ขึ้นไป เป็นค่าต่ำสุดที่ยอมรับได้

4. นำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนทำการวิเคราะห์ โดยจากการตรวจสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นบางประการของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ข้อมูลมีความเหมาะสมในการใช้สถิติดังกล่าว (ภาคผนวก ง)

5. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

5.1 การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistic) ข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมด โดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 การวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

5.2.1 สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1-3 อายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ โดยใช้การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญด้วยสถิติทดสอบ (t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับ .05 กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2535)

ค่า r	การแปลผล
เมื่อ r เข้าใกล้ 1.00 และสูงกว่า .90	มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก
เมื่อ r = .07 ถึง .89	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
เมื่อ r = .30 ถึง .69	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
เมื่อ r = .29 และต่ำกว่า	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

5.2.2 สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 อายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบบังคับตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวเข้าสู่สมการพร้อมกันในขั้นตอนเดียว (Simultaneous model หรือวิธี Enter) ซึ่งได้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์สมการนั้นและอิทธิพลของตัวแปรแต่ละตัวแปรเมื่อคำนึงว่าตัวแปรทุกตัวแปรอยู่ในสมการพร้อมกันซึ่งเหมาะสมที่จะใช้ในกรณีที่ต้องการสำรวจความสัมพันธ์เชิงทำนายในกลุ่มตัวแปร โดยอาศัยกรอบทฤษฎีและรายงานการวิจัยที่มีอยู่ช่วยในการเลือกตัวแปรและจัดกลุ่มตัวแปร แต่ไม่บ่งชี้ลักษณะความสัมพันธ์เชิง

ทำนาย (Polit & Hungler, 1999) คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรตาม ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณโดยทดสอบค่า F รวม (Overall F-test) จากนั้นคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) และใช้สถิติทดสอบ t ในการทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ถดถอย โดยทดสอบว่าค่า Beta ของตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวจะส่งผลต่อตัวแปรตาม (นำเสนอในบทที่ 4)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ และศึกษาตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 120 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 3 (อายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์) ที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมุทรสาคร และโรงพยาบาลพระปกเกล้า ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามสัมพันธภาพของคู่สมรส แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ รวมจำนวนแบบสอบถามทั้งสิ้น 113 ข้อ กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย เรียงตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์

ตอนที่ 4 การพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์จากอายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 3 (อายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์) จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 26.56 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 16 ปี และสูงสุด 42 ปี อายุของหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20-35 ปี (ร้อยละ 77.6) เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร้อยละ 13.4 และเป็นหญิงตั้งครรภ์สูงอายुर้อยละ 9 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วง 0-16 ปี ได้รับการศึกษาโดยเฉลี่ย 8.51 ปี คือประมาณชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา ร้อยละ 49.17 และระดับการศึกษามัธยมศึกษาและสูงกว่าร้อยละ 50.83 ด้านรายได้ของครอบครัวพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีรายได้เฉลี่ย 7,725 บาทต่อเดือน โดยมีรายได้ต่ำสุด 2,000 บาทต่อเดือน และสูงสุด 30,000 บาทต่อเดือน หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 74.17 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และค่าต่ำสุด-สูงสุดของกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามอายุ และระดับการศึกษา (N = 120)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	ร้อยละ	Range
อายุ (ปี)	26.56	5.95	-	16-42
ต่ำกว่า 20 ปี	-	-	13.40	-
20-35 ปี	-	-	77.60	-
35 ปีขึ้นไป	-	-	9.00	-
ระดับการศึกษา (ปี)	8.15	3.63	-	0-16
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	-	-	49.17	-
มัธยมศึกษาและสูงกว่า	-	-	50.83	-
รายได้ต่อเดือน (บาท)	7,725	3,942.25	-	2,000-30,000
< 5,000 บาท	-	-	14.17	-
5,000-10,000 บาท	-	-	74.17	-
> 10,000 บาท	-	-	11.66	-

เมื่อพิจารณาข้อมูลอื่น ๆ ในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่กับสามีโดยไม่ได้จดทะเบียนสมรส คิดเป็นร้อยละ 80.83 ด้านการประกอบอาชีพ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (รับจ้างเจียรนัยพลอย และรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม) คิดเป็นร้อยละ 45.00 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 38.34 ลักษณะของครอบครัว พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 56.67 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 45.83 รองลงมาตั้งครรภ์เป็นครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 40.83 ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 88.33 ประสบการณ์ในการแท้งบุตร พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการแท้งบุตร คิดเป็นร้อยละ 84.17 ประสบการณ์การคลอด พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการคลอด คิดเป็นร้อยละ 48.33 รองลงมาเคยมีประสบการณ์การคลอดทางช่องคลอด คิดเป็นร้อยละ 40.83 ประสบการณ์การป่วยด้วยโรคซึมเศร้า พบว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดไม่เคยมีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามสถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะครอบครัว ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ประสบการณ์การแท้งบุตร ประสบการณ์การคลอด และประวัติการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (N = 120)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. สถานภาพสมรส		
คู่ อยู่ด้วยกันจดทะเบียน	23	19.17
คู่ อยู่ด้วยกันไม่ได้จดทะเบียน	97	80.83
2. อาชีพของหญิงตั้งครรภ์		
แม่บ้าน	46	38.34
รับราชการ	3	2.50
ค้าขาย	7	5.83
เกษตรกร	40	33.33
รับจ้าง	54	45.00
3. ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	68	56.67
ครอบครัวขยาย	52	43.33

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4. จำนวนครั้งของการตั้งครรรภ์		
ครรรภ์แรก	55	45.83
ครรรภ์ที่ 2	49	40.83
ครรรภ์ที่ 3	13	10.84
ครรรภ์ที่ 4	3	2.50
5. ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรรภ์		
มี	14	11.67
ไม่มี	106	88.33
6. ประสบการณ์การแท้งบุตร		
เคย	19	15.83
ไม่เคย	101	84.17
7. ประสบการณ์การคลอด		
ไม่เคยผ่านการคลอด	58	48.33
คลอดทางช่องคลอด	49	40.83
ผ่าตัดคลอด	12	10.00
คลอดโดยใช้อุปกรณ์ช่วยคลอด	1	0.84
8. ประสบการณ์การป่วยด้วยโรคซึมเศร้า		
เคย	0	00.00
ไม่เคย	120	100.00

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม

จากการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 1-34 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.72 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.43 (ตารางที่ 4) โดยเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (คะแนนต่ำกว่า 19 คะแนน) มีจำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 87.49 ค่าเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มนี้เท่ากับ 8.96 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.42 คะแนน หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการซึมเศร้า (คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 19 คะแนน) มีจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 12.51 ค่าเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มนี้เท่ากับ 23 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.64 คะแนน และเมื่อพิจารณาคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแผนภาพลำต้นและใบ (Stem and Leaf) (ภาคผนวก จ) พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์จำนวน 2 รายที่มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างคนอื่น ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ (คะแนนจากการตอบแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์เท่ากับ 34 และ 32 คะแนน) โดยพบว่าทั้ง 2 รายเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 17 และ 26 ปี ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ไม่เคยมีประวัติการแท้งบุตร และมีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ โดยจบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เท่านั้น

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ และช่วงคะแนนที่เป็นจริงของภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ (N = 120)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนนที่เป็นจริง
ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์	10.72	6.43	0-60	1-34

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิเคราะห์พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 57.41 คะแนน จากคะแนนเต็ม 85 คะแนน มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.29 คะแนน คะแนนการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.38 คะแนน จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.89 คะแนน คะแนนสัมพันธภาพของคู่สมรส มีคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 119.50 จากคะแนนเต็ม 158 คะแนน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.22 คะแนน คะแนนการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 109.67 คะแนน จากคะแนนเต็ม 170 คะแนน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.23 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ และช่วงคะแนนที่เป็นจริงของการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม (N = 120)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนนที่เป็นจริง
การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา	57.41	5.29	17-85	42-70
การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์	38.38	6.89	15-75	17-67
สัมพันธภาพของคู่สมรส	119.50	18.22	2-158	55-146
การสนับสนุนทางสังคม	109.67	14.23	34-170	74-154

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์

จากสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ ข้อที่ 2 การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ และ ข้อที่ 3 การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยทดสอบโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่ศึกษากับตัวแปรตามแต่ละคู่

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ (ตารางที่ 6) พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา มีความสัมพันธ์ในทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.26, p < .01$) ส่วนสัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.58$ และ $r = -.40$ ตามลำดับ, $p < .01$) ตัวแปรต้น ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อ 2 ส่วนการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์

ตัวแปร	อายุ	การรับรู้ ความสามารถ ในการเป็น มารดา	การรับรู้ภาวะ เสี่ยงของการ ตั้งครรภ์	สัมพันธภาพ ของคู่สมรส	การสนับสนุน ทางสังคม	ภาวะซึมเศร้า ของหญิงใน ระยะตั้งครรภ์
อายุ	1.00					
การรับรู้ ความสามารถ ในการเป็น มารดา	.137	1.00				
การรับรู้ภาวะ เสี่ยงของการ ตั้งครรภ์	.095	-.158	1.00			
สัมพันธภาพ ของคู่สมรส	.122	.379**	-.189*	1.00		
การสนับสนุน ทางสังคม	.107	.299**	-.162	.295**	1.00	
ภาวะซึมเศร้า ของหญิงใน ระยะตั้งครรภ์	-.112	-.260**	.074	-.583**	-.396**	1.00

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

ตอนที่ 4 การพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์จากอายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม

จากสมมติฐานข้อ 4 อายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้ ผู้วิจัยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบบังคับตัวแปรทุกตัวเข้าสมการ (Enter) เพื่อทดสอบสมมติฐานดังกล่าว

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า อายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ร้อยละ 39.9 ($R^2 = .399$; $F = 15.148$, $p < .05$) โดยสัมพันธภาพของคู่สมรสมีความสามารถในการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้ดีที่สุด ($Beta = -.52$, $p < .05$) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีความสามารถในการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้ ($Beta = -.252$, $p < .05$) ส่วนอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา เนื่องจากมีความสามารถในการพยากรณ์น้อยมาก ($Beta = -.016$, $-.062$, และ $.004$ ตามลำดับ) ดังนั้น จึงไม่สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 7) อย่างไรก็ตามเมื่อใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณด้วยวิธีการเพิ่มตัวแปรขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผลที่ได้พบว่าใกล้เคียงกัน โดยตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ สัมพันธภาพของคู่สมรสและการสนับสนุนทางสังคม (ภาคผนวก ข) โดยสร้างสมการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้ดังนี้

สมการรูปคะแนนดิบ

$$Y_{\text{ภาวะซึมเศร้า}} = 47.539 - .183(\text{สัมพันธภาพของคู่สมรส}) - .114(\text{การสนับสนุนทางสังคม}) - .058(\text{การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์}) - .017(\text{อายุ}) + .005(\text{การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา})$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{ภาวะซึมเศร้า}} = -.520(\text{สัมพันธภาพของคู่สมรส}) - .252(\text{การสนับสนุนทางสังคม}) - .062(\text{การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์}) - .016(\text{อายุ}) + .004(\text{การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา})$$

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตัวแปรพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์

ตัวแปร	b	S.E. _b	Beta	t
1. อายุ	-.017	.080	-.016	-.218
2. การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์	-.058	.070	-.062	-.830
3. การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา	.005	.098	.004	.053
4. สัมพันธภาพของคู่สมรส	-.183	.029	-.520	-6.420*
5. การสนับสนุนทางสังคม	-.114	.035	-.252	-3.221*
(Constant)	47.539	6.828		6.962
R =	.632	S.E. _{est} =	5.09	
R ² =	.399	Overall F =	15.148*	

* $p < .05$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ และเพื่อศึกษาความสามารถของอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคม ในการร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 3 (อายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์) จำนวน 120 คน ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling) คนเว้นคน ภายหลังจากทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับสลากเพื่อเลือกสถานที่ที่จะทำการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร และโรงพยาบาลพระปกเกล้า ระหว่างวันที่ 20 กรกฎาคม 2547 ถึงวันที่ 20 สิงหาคม 2547 หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-35 ปี (ร้อยละ 77.6) ซึ่งเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ และเหมาะสมที่จะมีบุตรในช่วงนี้ ด้านระดับการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาและสูงกว่า (ร้อยละ 50.83) ด้านรายได้ของครอบครัวพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 74.17) หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่กับสามีโดยไม่ได้จดทะเบียนสมรส (ร้อยละ 80.83) หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 45.00) ด้านลักษณะของครอบครัว พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 56.67) และตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก (ร้อยละ 45.83) โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 88.33) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการแท้งบุตร (ร้อยละ 84.17) และไม่เคยผ่านการคลอด (ร้อยละ 48.33) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประสบการณ์ในการคลอด ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การคลอดทางช่องคลอด และพบว่า หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดไม่เคยมีประสบการณ์การป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 6 ชุด คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ 2) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร บทความ หนังสือ และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (Likert scale) 3) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจาก สุพรรณณี สุ่มเล็ก (2538) ที่แปลมาจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา (Parenting Sense of Competence Scale, PSOC) สร้างโดย Gibaud-Wallston (1977) ตามแบบจำลองของ Wagner & Morse's (1975) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (Likert scale) 4) แบบสอบถามสัมพันธภาพของคู่สมรส เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจาก พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) ที่แปลมาจากแบบวัดการปรับตัวในชีวิตสมรส (Marital Adjustment Test, MAT) ซึ่งสร้างโดย Locke & Wallace (1959) แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ที่มีลักษณะการให้คะแนนที่แตกต่างกัน (ภาคผนวก ข) 5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจาก พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) ที่แปลมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดย Logsdon และคณะ (1994) โดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) และ Cronenwett (1985) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (Likert scale) และ 6) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถามที่ วิไล คุปต์นิริติศัยกุล และ พนม เกตุมาน (2540) แปลมาจากแบบสอบถามอาการซึมเศร้า CES-D (Center of Epidemiologic Scale Depression) ของสถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ระดับ (Likert scale) เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามระหว่าง .70 ถึง .90

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 20 กรกฎาคม 2547 จนถึง วันที่ 20 สิงหาคม 2547 เป็นระยะเวลา 1 เดือน จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลพบว่า แบบสอบถามทุกฉบับได้รับการตอบอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบบังคับตัวแปรทุกตัวเข้าสมการ (Enter) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ (คะแนนจากการตอบแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าเท่ากับหรือมากกว่า 19 คะแนน) จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 12.51 การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา มีความสัมพันธ์ในทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

ส่วนอายุ และการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของหญิงใน ระยะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบบังคับตัวแปรทุกตัวเข้าสมการ (Enter) พบว่า อายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้ถึงร้อยละ 39.9 เมื่อพิจารณาตัวแปรตั้งแต่ละตัวพบว่า สัมพันธภาพของคู่สมรสมีความสามารถในการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้ดีที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสามารถในการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์รองลงมา สำหรับอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา มีความสามารถในการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์น้อยมาก ดังนั้นจึงไม่สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 12.51 ซึ่งใกล้เคียงกับความชุกของอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในบุคคลทั่วไปในทุกกลุ่มอายุที่พบร้อยละ 5-18 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2541) ผลการศึกษาค้นนี้เมื่อเปรียบเทียบกับของ นรารักษ์ ชาญชัย (2534) วัฒนีย์ แสงหิรัญ (2536) และ สมบัติ สรรพอุดม และคณะ (2541) ซึ่งศึกษาภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ โดยใช้แบบวัด CES-D ในการประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ในการศึกษาค้นนี้ต่างจากผลการวิจัยทั้ง 3 งานที่เคยศึกษามาในประเทศไทยมาก โดยทั้ง 3 งานนั้นพบภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์สูงถึงร้อยละ 35.2 – 38.5 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่นอกเขตเมือง ส่วนงานวิจัยทั้ง 3 งานที่กล่าวข้างต้นนั้นกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในเขตเมือง (กรุงเทพมหานคร) จึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก ดังการศึกษาของ Cunningham & Zayas (2002) ที่ศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง และมีรายได้ต่ำ มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ และนอกจากนี้ยังพบว่าในการใช้แบบวัด CES-D เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้านั้น ทั้ง 3 งานกำหนดระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน เป็นตัวบ่งชี้ว่าบุคคลนั้นมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นค่าเดียวกับต้นฉบับภาษาต่างประเทศ แต่ในการศึกษาค้นนี้ กำหนดระดับคะแนนแยกบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าออกจากบุคคลปกติที่ระดับคะแนน (Cut point)

มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน ตามการศึกษาของ วิลโล คูปต์นิริติศัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) ที่ศึกษาเพื่อหาค่ามาตรฐานที่เหมาะสมกับคนไทยได้เท่ากับ 19 คะแนน จึงทำให้พบอัตราการเกิดแตกต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 1 อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์

ผลการศึกษาพบว่า อายุของหญิงตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า อายุของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ จากการพิจารณาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้า (จำนวน 15 คน) จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีมีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ร้อยละ 5.26 หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20-35 ปีมีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ร้อยละ 12.15 และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ร้อยละ 11.11 จะเห็นได้ว่าการศึกษานี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20-35 ปีมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มอายุอื่น อาจเนื่องมาจากในช่วงอายุนี้หญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญหน้ากับปัญหาที่ซับซ้อนมากมายไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทภรรยา หรือปฏิบัติงานประจำที่ทำอยู่ เมื่อต้องมารับบทบาทมารดาเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งบทบาทจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะตึงเครียด ความวิตกกังวล และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2534) นอกจากนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการวิจัยครั้งนี้มีอายุอยู่ในช่วง 20-35 ปี (ร้อยละ 77.6) ทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่มีการกระจายในช่วงอายุอื่น ๆ (ภาคผนวก ฉ) จึงพบภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ในกลุ่มอายุ 20-35 ปี มากกว่ากลุ่มอายุที่ต่ำกว่า 20 ปี และ กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป และทำให้พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายลม เกิดประเสริฐ (2542) ที่พบว่า อายุของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด

อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ ปิ่นแก้ว ไซติอำนาจ (2543) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ Lori และคณะ (2000) พบว่าการที่มารดามีอายุน้อย มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ยังขัดแย้งกับการศึกษาของ Zuckerman, Amaro, & Cabral (1999) ที่ศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น

สมมติฐานข้อที่ 2 การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์

การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .26, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ นั่นคือหากหญิงตั้งครรภ์รับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาของตนเองมาก การเกิดภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ก็จะลดลงด้วย ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาของตนเองน้อย ก็จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในบทบาท (Competence) จะนำไปสู่ความรู้สึกในทางบวกต่อบทบาทการเป็นมารดาเพิ่มขึ้น และทำให้มารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น (Mercer, 1985) หากมารดาไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ของมารดาได้ หรือไม่ไว้วางใจในความสามารถของตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ก็มักจะมีภาพลักษณ์ของตนเองต่ำ และปรับตัวต่อการเป็นมารดาได้ยาก นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Curry, 1983) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Shereshefsky & Yarrow (1973, อ้างถึงใน สุพรรณณี สุ่มเล็ก, 2538) ที่พบว่ามารดาที่มีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาที่ดีจะมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง และจะมีความแข็งแกร่งทางจิตใจมาก นราภรณ์ ชาญชัย (2534) และ Dimitrovsky และคณะ (2001) ศึกษาพบว่า ความขัดแย้งในใจของมารดาเองเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของมารดา จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในมารดาได้ ด้วยเหตุผลดังกล่าวมาจึงอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดากับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ในทางลบได้

สัมพันธภาพของคู่สมรส ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพของคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .58, p < .01$) นั่นคือหญิงตั้งครรภ์ที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดี การเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ก็จะลดน้อยลง ในทางตรงกันข้ามหากมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไม่ดีก็จะเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ได้มากขึ้น และเมื่อพิจารณาหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว ซึ่งประกอบไปด้วยตัวหญิงตั้งครรภ์เอง สามี และบุตรเท่านั้น (ร้อยละ 56.67) คู่สมรสจึงเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับหญิงตั้งครรภ์ที่สามารถดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้เป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ คู่สมรสจึงเป็นผู้ที่หญิงตั้งครรภ์รักใคร่และต้องการได้รับกำลังใจ (Brown, 1986) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสซึ่งบ่งถึงการปรับตัวเข้าหากันของคู่สมรสจึงเป็นปัจจัยที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับตัวยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ และคลายความวิตกกังวล รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Locke & Williamson, 1958)

อ้างถึงใน พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) ที่ศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมบัติ สรรพอุดม และคณะ (2542) ศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีสภาพชีวิตสมรสไม่ราบรื่น มีความสุขน้อย จะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ได้ Buttolph & Holland (1990, cited in Lori, et al., 2000) พบว่าการขัดแย้งในชีวิตสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Dimitrovsky และคณะ (2001) ซึ่งศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของคู่สมรสกับการเกิดภาวะซึมเศร้า การมีสัมพันธภาพกับคู่สมรสในระดับต่ำระหว่างตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ได้ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของคู่สมรสกับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ในทิศทางลบได้

การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .39, p < .01$) นั่นคือหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมหรือเครือข่ายทางสังคมมากในระยะตั้งครรภ์มีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์น้อย และในทางตรงกันข้ามหากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยในระยะตั้งครรภ์ก็จะมีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์มาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ลู่ หง (2543) ซึ่งศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในหญิงที่มีบุตรคนแรก โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญคือ สามี บิดามารดา และบิดามารดาของสามี Tilden (1984) ศึกษาพบว่า การขาดการสนับสนุนด้านสิ่งของเงินทองของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีสามีทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเครียดในชีวิต และวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีสามี Seguin และคณะ (1995) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ที่มีเศรษฐกิจต่ำเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีเศรษฐกิจสูงพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 กลุ่ม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Thomas และคณะ (1998) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราการเกิดสูงขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่เพียงลำพัง ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว การขาดการสนับสนุนจากคู่สมรส และบุคคลในเครือข่ายสังคมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ได้ (Paykel, et al., 1980; Dimitrovsky, et al., 1987; Boyce, et al., 1991; Pajulo, et al., 2001) ในขณะตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นอย่างมาก การได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากบุคคลในสังคมรอบข้างหญิงตั้งครรภ์ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ดี และมีคุณภาพหญิงขึ้น โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในระยะตั้งครรภ์มีที่มาจากครอบครัว เพื่อนสนิท คู่สมรส เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน และ

บุคลากรในวิชาชีพ เป็นต้น ซึ่งแต่ละแหล่งจะให้การสนับสนุนในลักษณะที่แตกต่างกันไป (Stewart, 1989 อ้างถึงใน อังคนา นวลยง, 2535) ด้วยเหตุผลดังกล่าวมาจึงอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ในทางลบได้

สมมติฐานข้อที่ 3 การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ จากการพิจารณาในรายละเอียดของการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก (ร้อยละ 45.83) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 88.33) การที่ไม่เคยมีประสบการณ์ที่เป็นอันตรายเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด จึงทำให้รับรู้ว่าคุณเองและทารกในครรภ์ไม่มีโอกาสได้รับอันตรายจากการตั้งครรภ์และการคลอด ดังที่ Slovic และคณะ ได้บันทึกไว้ว่า เมื่อจัดให้บุคคลประเมินภาวะเสี่ยงของตนเอง ส่วนใหญ่จะสรุปบนพื้นฐานของความจำ การได้ยิน หรือ การสังเกตภาวะเสี่ยงโดยตนเอง การตัดสินใจของตนเอง หรือค้นคว้าด้วยตนเอง หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น เคยมีประสบการณ์ในการสูญเสียทารก จะมีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ (Hughes, et al., 1999) ในการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Chalmers (1982) และ Koller & Burke (1993) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์นั้น ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลในการตั้งครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์ และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์ได้

สมมติฐานข้อที่ 4 อายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์

ผลการศึกษาพบว่า อายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 39.9 ซึ่งผลการวิจัยนี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 4 อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาปัจจัยที่ละตัว ผลการศึกษาพบทั้งปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ และไม่สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ดังต่อไปนี้

อายุ อายุของหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถพยากรณ์ภาวะซีมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ได้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-35 ปี (ร้อยละ 77.6) ทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่มีการกระจายในช่วงอายุอื่น ๆ จึงทำให้ผลการวิจัยพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ และไม่สามารถทำนายภาวะซีมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ได้ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่พบว่า อายุไม่สามารถพยากรณ์ภาวะซีมเศร้าได้นั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สายลม เกิดประเสริฐ (2542) ที่พบว่าอายุไม่สามารถพยากรณ์อาการซีมเศร้าของมารดาในระยะหลังคลอดได้

การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ไม่สามารถพยากรณ์ภาวะซีมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ได้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก และไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ จึงรับรู้และเข้าใจด้วยตนเองว่า ตนเองและทารกในครรภ์ จะไม่ได้รับอันตรายจากการตั้งครรภ์และการคลอด ดังที่ Tversky & Kahnemann (1974) กล่าวว่าบุคคลสามารถทำการประเมินภาวะเสี่ยงด้วยตนเอง บนพื้นฐานการค้นคว้าด้วยตนเอง ซึ่งการพิจารณานี้มีอิทธิพลต่อความเชื่อของแต่ละบุคคล การรับรู้ของแต่ละบุคคลจะมากน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความจำ และความเข้าใจของแต่ละบุคคล (Slovic, et al., 1980) การวิจัยครั้งนี้จึงพบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์ และไม่สามารถพยากรณ์ภาวะซีมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งขัดแย้งกับสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์สามารถพยากรณ์ภาวะซีมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้

การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาไม่สามารถพยากรณ์ภาวะซีมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้ จากการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดากับภาวะซีมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ พบว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ($r = -.26, p < .05$) การรับรู้ความสามารถในบทบาท (competence) จะนำไปสู่ความรู้สึกในทางบวกต่อบทบาทการเป็นมารดาเพิ่มขึ้น และทำให้มารดามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น (Mercer, 1985) หากมารดาไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ของมารดาได้ หรือไม่ไว้วางใจในความสามารถของตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ก็มักจะมีภาพลักษณ์ของตนเองต่ำ และปรับตัวต่อการเป็นมารดาได้ยาก นำไปสู่การเกิดภาวะซีมเศร้าได้ (Curry, 1983) และเนื่องจากการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะซีมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ เมื่อทำการวิเคราะห์โดยวิธีการถดถอยพหุคูณการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาจึงไม่สามารถพยากรณ์ภาวะซีมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งขัดแย้งกับสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่าการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้

สัมพันธภาพของคู่สมรส ในการศึกษาสัมพันธภาพของคู่สมรสสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้ ($Beta = -.52, p < .05$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระยะตั้งครรภ์น้อยลงเท่าไร ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ก็จะเพิ่มมากขึ้น สัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสซึ่งบ่งถึงการปรับตัวเข้าหากันของคู่สมรสจึงเป็นปัจจัยที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับตัวยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ และคลายความวิตกกังวล รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Locke & Williamson, 1958 อ้างถึงใน พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, 2540) การที่สัมพันธภาพของคู่สมรสสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ได้มากกว่าตัวแปรอื่น ๆ แสดงให้เห็นว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสยิ่งมีมากก็จะลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ได้มาก ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนีย์ แสงหิรัญ (2536) ที่พบว่าสัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับสามีสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) ศึกษาพบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสสามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 17.06 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของ Beck (1996) ที่ได้ผลจากการวิเคราะห์เมตาจากงานวิจัย 10 เรื่อง พบว่า ความพึงพอใจในชีวิตสมรสซึ่งวัดด้วยแบบวัดการปรับตัวในชีวิตสมรส (The Dyadic Adjustment Scale) ของ Spanier สามารถใช้เป็นตัวทำนายอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ร้อยละ 29 ถึง 37

การสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้ ($Beta = -.252, p < .05$) นั่นคือหากหญิงตั้งครรภ์มีการสนับสนุนทางสังคมในระยะตั้งครรภ์น้อยลงเท่าไร ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ก็จะเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ที่หญิงตั้งครรภ์รับรู้ถึงความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง ให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเปรียบเทียบ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุประสงค์ของและเงินทอง (House, 1981) ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่รู้สึกรู้ว่าถูกทอดทิ้งให้โดดเดี่ยวในขณะตั้งครรภ์ เป็นการลดความตึงเครียดในขณะตั้งครรภ์ และลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Barrera (1981, อ้างถึงในพรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, 2540) ศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายผลอาการซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ และจากการวิเคราะห์เมตาจากงานวิจัย 15 เรื่องพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความแปรปรวนของอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ร้อยละ 37 ถึง 39 (Beck, 1996)

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดี ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ และมีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาดี จะลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 39.9 แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นหรือลดลงของภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ อาจมีผลมาจากปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังมีปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ เช่น ความพร้อมในการมีบุตร รายได้ครอบครัว ความเครียดในเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน ซึ่งควรที่จะทำการศึกษาต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-35 ปี (ร้อยละ 77.6) ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีการกระจายในช่วงอายุอื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นผลให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ ดังนั้นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีการกระจายของอายุ จะทำให้มีความหลากหลายในเรื่องอายุของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าในการศึกษาครั้งนี้
2. กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มีลักษณะเฉพาะคือ เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ประกอบอาชีพรับจ้าง และมีระดับการศึกษาต่ำ ดังนั้นการนำผลการวิจัยไปใช้จึงจำกัดในประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการวิจัยพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ ร้อยละ 12.51 ดังนั้นจึงควรมีการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์โดยใช้แบบสอบถาม CES-D ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 3 เมื่อพบค่าคะแนนที่มีแนวโน้มว่ามีภาวะซึมเศร้าจะได้ดูแลอย่างใกล้ชิด หรือหากพบคะแนนภาวะซึมเศร้ามาก ในขั้นต้นพยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) เพื่อให้การดูแลและคำแนะนำที่เหมาะสม แล้วดำเนินการส่งต่อตามแนวทางของโรงพยาบาลต่อไป นอกจากนี้ควรมีการส่งข้อมูลไปยังหอผู้ป่วยหลังคลอดด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์โดยเฉพาะในระยะไตรมาสที่ 3 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด

2. จากผลการวิจัยพบว่า สัมพันธภาพของคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ นั่นคือหญิงตั้งครรภ์ที่มีสัมพันธภาพกับสามีดีโดยเฉพาะในระยะตั้งครรภ์ จะมีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์น้อย ดังนั้นควรจัดให้ความรู้ให้สามีมีความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้สามีมีความเข้าใจภรรยาในระยะตั้งครรภ์มากขึ้น และสามารถปรับตัวให้เข้ากับภรรยาในระยะตั้งครรภ์ได้ รวมทั้งส่งเสริมให้สามีได้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ เช่น เปิดโอกาสให้สามีได้สัมผัสกับครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ เมื่อมีการเคลื่อนไหวของทารก หรือให้สามีได้ฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกในขณะตรวจครรภ์ จะช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างหญิงตั้งครรภ์ สามี และทารกในครรภ์

3. จากผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ นั่นคือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระยะตั้งครรภ์ดี จะมีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์น้อย ดังนั้นจึงควรจัดการการพยาบาลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ในระยะตั้งครรภ์อย่างครอบคลุมดังนี้

3.1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) ควรส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหญิงตั้งครรภ์ ได้มีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ โดยการจัดกลุ่มให้ความรู้ และคำแนะนำในการดูแลหญิงตั้งครรภ์แก่ญาติ หรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหญิงตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากญาติหรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเพิ่มมากขึ้น

3.2 การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal support) ควรจัดกลุ่มให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์และการคลอดได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กับหญิงตั้งครรภ์รายอื่น ๆ ที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์และการคลอด โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ประเมินตนเอง และเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อเปรียบเทียบปัญหา และการปฏิบัติตัวของตนเองกับหญิงตั้งครรภ์รายอื่น ๆ เป็นการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีการปรับตัวที่เหมาะสม ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ มารดาเพิ่มมากขึ้น

3.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ในแผนกฝากครรภ์ ควรจัดให้มีพยาบาลทำหน้าที่ให้คำปรึกษา (Counselor) โดยจัดให้อยู่ในสถานที่ที่หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงได้โดยง่าย เพื่อทำหน้าที่ให้ข้อมูล และคำแนะนำต่าง ๆ แก่หญิงตั้งครรภ์ในเรื่องที่หญิงตั้งครรภ์สงสัย ตามปัญหาและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย

3.4 การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน (Instrumental support) พยาบาลควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด รวมถึงคำปรึกษาพยาบาลที่ต้องใช้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในระยะใกล้คลอด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับทราบข้อมูลและเตรียมความพร้อม

หากหญิงตั้งครรภ์รายใดไม่สามารถรับผิตชอบค่าใช้จ่ายได้ จึงพิจารณาให้ความช่วยเหลือตามแนวทางของโรงพยาบาลต่อไป

4. จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา มีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ นั่นคือหญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการเป็นมารดาที่ดี จะมีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์น้อย ดังนั้นจึงควรจัดกลุ่มให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ในระยะใกล้คลอดเกี่ยวกับวิธีการดูแลบุตรที่สำคัญ เช่น การอุ้มและให้นมทารก การอาบน้ำทารก รวมทั้งจัดทำเอกสารคู่มือแนะนำเกี่ยวกับการดูแลทารกให้หญิงตั้งครรภ์นำไปทบทวน เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับหญิงตั้งครรภ์ว่าคุณจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ของมารดาภายหลังคลอดได้

ด้านการวิจัย

1. ผลการศึกษาพบว่า อำนาจในการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์จากปัจจัยต่าง ๆ ที่ศึกษาครั้งนี้ สามารถพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ได้เพียงร้อยละ 39.9 ซึ่งแสดงว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ได้อีกมาก จึงควรทำการศึกษาซ้ำโดยนำปัจจัยอื่น ๆ มาศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน

2. ควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีการกระจายของอายุ จะทำให้มีความหลากหลายในเรื่องอายุของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่ชัดเจนยิ่งขึ้นว่าภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับอายุของหญิงตั้งครรภ์หรือไม่ ในทิศทางใด เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

ด้านการศึกษา

ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลมารดาและทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลในระยะตั้งครรภ์ โดยจากผลการศึกษาพบภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ ร้อยละ 12.51 และพบว่า สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ ดังนั้นในการจัดการเรียนการสอน ผู้สอนควรเน้นให้นักศึกษาตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ เน้นให้เห็นความสำคัญของการประเมินและการซักประวัติของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส ผู้ให้การช่วยเหลือ หรือผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้ญาติและผู้ใกล้ชิดได้ดูแลหญิงตั้งครรภ์

สรุป จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำผลการวิจัยที่ได้มาช่วยในการวางแผนการพยาบาลเพื่อดูแลหญิงในระยะตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะซีมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ เป็นแนวทางจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลมารดาและทารกสำหรับนักศึกษาพยาบาลให้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตในระยะตั้งครรภ์ และสำหรับการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับภาวะซีมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2545). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ซี เค แอนด์ เอส โฟโต้สตูดิโอ.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2539). มุมมองใหม่ของครอบครัวไทย. สารสมาการพยาบาล, 11(2), 13-21.
- ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดุสิต สุจิราวัฒน์. (2544). การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS FOR WINDOWS เล่ม 1-2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์.
- ดำรง ทิพย์โยธา. (2545). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS for Windows version 10. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทองพร จันทรพัฒน์. (2543). การพยาบาลภาวะจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- ธวัชชัย วรพงศธร. (2532). ข้อพิจารณาการใช้สถิติการถดถอยพหุคูณสำหรับงานวิจัย. วารสารวิทยาศาสตร์การแพทย์, 3(2), 55-62.
- นงคราญ ผาสุก. (2535). หลักการพยาบาลจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สุพรการพิมพ์.
- นราภรณ์ ชาญชัย. (2534). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. (2544). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง กรวรรณสุด. (2535). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิ่นแก้ว โชติอำนวย. (2543). ปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถทำนายอาการวิตกกังวล และอาการ ซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การปรับเปลี่ยนบทบาท เป็นมารดา กับอาการวิตกกังวล และซึมเศร้าภายหลังคลอด ในมารดาที่มีบุตรคนแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เพ็ญศรี หลินศวนนท์. (2543). การศึกษาความเข้มเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรวงเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2541). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: วี เจ พีร์น ตั้ง.
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). ความเข้มเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลู๋ หง. (2543). การสนับสนุนทางสังคมและภาวะเข้มเศร้าหลังคลอดในหญิงที่มีบุตรคนแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณุช สราญมย์. (2531). ภาวะทางจิตใจในระหว่างการตั้งครรภ์และคลอดบุตร. แพทยสภาสาร. 17 (กรกฎาคม); 377-381.
- วัฒน์ แสงหิรัญ. (2536). ผลกระทบของภาวะเข้มเศร้าต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจารณ์ วิชัยยะ. (2533). Management of depression (1990). กรุงเทพฯ: อาร์ ดี พี.
- วินิต พัวประดิษฐ์. (2537). การบริหารครรภ์เลี้ยงสูง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- วิไล คุปต์นิวัติชัย และพนม เกตุมาน. (2540). การศึกษาแบบสอบถามวัดความเข้มเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ในคนไทย, สารศิริราช, 49(5): 442-447.
- วิวัฒน์ ยถาธานนท์, พันธศักดิ์ วราห์ศวปติ, อภิชัย มงคล, และทวี ตั้งเสรี. (2536). คู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- ศรีธรรม ธนะภูมิ. (2534). พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. (2545). ความหวัง ภาวะเข้มเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ศิริวรรณ ชอบธรรม. (2536). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี ในการดูแลสุขภาพของตน และลดความวิตกกังวลของมารดาขณะตั้งครรภ์ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2536). มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วีเจพรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2546). การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. เอกสารประกอบการสอนวิชาการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมบัติ สรรพอุดม และคณะ. (2541). ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร. ตากสินเวชสาร, 17(3): 8-16.
- สายยนต์ เจริญขำ. (2535). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชนบท: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในเขตอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายลม เกิดประเสริฐ. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนจากคู่สมรส การปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดา และอาการซึมเศร้าหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพรรณิ สุ่มเล็ก. (2538). รูปแบบเชิงสาเหตุของความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาเป็นครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพ ส่งวณิช. (2545). การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และพัฒนาการเป็นบิดาของสามีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพร โจนศักดิ์โสธร. (2529). ความเครียดของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาอนามัยแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวชัย อิศรประเสริฐ. (2531). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. ใน กำแพง จาตุรจินดา และคณะ (บรรณาธิการ). สถิติศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.

อังคณา นวलयง. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมดูแลตนเอง ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Alshuler, L.L., Hendrick, V., and Cohen, L.S. (2000). An Update on Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period. Primary Care Companion Journal Psychiatry, 6(2): 217-222.
- Beck, A.T. (1967). Depression: Clinic, experimental, and Theoretical aspects. New York: Hoeber Medical Division.
- Beck, C.T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. Nursing Research, 45(5): 297-303.
- Beeber, L.S. (1998). Treating depression through the therapeutic nurse client relationship. Nursing Clinics of north America, 33(1): 153-172.
- Boyce, P., Hickie, I., and Parker, G. (1991). Parent, partners or personality: Risk factors for postnatal depression. Journal of Affective Disorder, 21: 245-255.
- Brandt, P.A., and Weinert, C. (1981). The PRO-A Social Support Measure. Nursing Research, 30 (5): 277-280.
- Brown, M.A. (1986). Social support, stress, and health : A comparison of expectant mothers and father. Nursing Research, 35(2): 72-76.
- Bueshing, D.P., Glasser, M.L., and Frate, D.A. (1986). Progression of depression in the prenatal and postpartum periods. Women & Health, 11: 61-78.
- Burns, N. and Grove, S.K. (2001). The practice of nursing research: conduct critique and utilization. 4th ed. Philadelphia: Pennsylvania.
- Burr, W.R., Nye, F.I., and Reiss, I.L. (1979). Contemporary Theories about the family. New York: Free Press.
- Cantwell, R., and Cox, J.L. (2003). Psychiatric disorder in pregnancy and the puerperium. Current Obstetrics & Gynecology, 13: 7-13.
- Chung, T.K., Lau, T.K., Yip, A.S., Chiu, H.F., and Lee, D.T. (2001). Antepartum depression symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. Psychosomatic Medicine, 63: 830-834.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38: 300-313.
- Colletta, N.D. (1983). At risk for depression : A study of young mothers. The Journal of Genetic Psychology, 142: 301-310.
- Cox, J.L., Connor, Y., and Kendell, R.E. (1982). Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. British Journal of Psychiatry, 140: 111-117.
- Crane, D.R., et al. (1990). Assessment marital quality with distressed and nondistressed couples: A comparison and equivalency table for three frequently used measures. Journal of Marriage and the family, 52: 87-93.
- Cresia, L.J., and Parker, B. (1991). Conceptual foundations of professional practice. St.Louis: Mosby Year Book.
- Cronenwett, L.R. (1985). Network structure, social support, and psychological outcomes of pregnancy. Nursing Research, 34(2): 93-102.
- Cunningham, M., and Zayas, L.H. (2002). Reducing Depression in Pregnancy: Designing Multimodal Interventions. Social Work, 47(2): 114-123.
- Curry, M.A. (1983). Variables related to adaptation to motherhood in "normal" primiparous women. JOGNN, 12(2): 115-121.
- Dalton, K. (1971). Prospective study into puerperal depression. British Journal of Psychiatry, 118(6): 689-692.
- Deutsch, F.M., Ruble, D.N., Fleming, A., Brooks-Gunn, J., and Stangor, C. (1988). Information-seeking and maternal self-definition during the transition to motherhood. Journal of Personality and Social Psychology, 55: 420-431.
- Devorce, N. (1990). Maternal Psychosocial Adaptations to High Risk Pregnancy. In K. Buckley and N.W. Kulb (ed.), High Risk Maternity Nursing Manual. Maryland: Williams & Wilkins.
- Dimitrovsky, L., Perez-Hirshderg, M., and Itskowitz, R. (2001). Depression During and Following Pregnancy: Quality of Family Relationship. The Journal of Psychology, 121(3): 213-218.
- Dobson, K.S. (1998). Handbook of cognitive-behavioral therapies. London: Hutchinson.
- Elman, M.R. and Gilbert, L.A. (1984). Coping strategies for role conflict in marriage professional women with children. Family Relations, 33: 317-327.

- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., and Golding, J. (2001). Cohort study of depression mood during pregnancy and after childbirth. British Medical Journal, 323(4): 257-260.
- Fortinash, K.M. and Holoday-Worret, P.A. (1996). Psychiatric mental health nursing. St Louis: Mosby Year Book
- Franses, A., First, B.M., and Pincus, A.H. (1995). DSM-IV guide book. New York: American Psychiatric Press.
- Gomes, G.E. & Gomes, E.A. (1993). Depression in elderly. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service, 31(5): 28-33.
- Gross, D. et al. (1995). A longitudinal study of maternal depression and preschool children's mental health. Nursing Research, 44(2): 97-101.
- Gupton, A., Haeman, M., and Cheung, W. (2001). Complicated and Uncomplicated Pregnancies: Women's Perception of Risk. JOGNN, 30 (2): 192-201.
- Hagerty, B.M. (1995). Advance in understanding major depression disorder. Journal of Psychosocial Nursing, 33(11): 27-34.
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L., and Black, W.C. (1998). Multivariate data analysis. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Handley, S.L., Dunn, T.L., Waldron, G., and Baker, J.M. (1980). Tryptophan, cortisol, and puerperal mood. British Journal of Psychiatry, 136(5), 498-508.
- Heaman, M., Beaton, J., Gupton, A., and Sloan, J. (1992). A Comparison of childbirth expectations in high-risk and low-risk pregnant women. Clinical Nursing Research, 1: 252-265.
- House, J.W. (1981). Work stress and social support. Menlo Park: Addison-Welsley.
- Hughes, P.M., Turton, C.D., and Evans, C.D.H. (1999). Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. British Medical Journal, 318(26 June 1999): 1721-1724.
- Kahn, R.L. (1979). Aging and social support. In M.W. Riley (Ed.), Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives (pp.85). Colorado: Westview Press.
- Kendy, G.I., Kelman, H.R. & Thomas, C. (1991). Persistence and remission of depressive symptoms in late life. American Journal Psychiatry.

- Kessler, R.C. et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 51: 8-19.
- Kolker, A., and Burke, B. (1993). Deciding about the unknown: Perceptions of risk of women who have prenatal diagnosis. Women and Health, 20: 37-57.
- Kurlowicz, L.H. (1994). Depression in hospitalized medically ill elders: Evolution of the concept. Archives of Psychiatric Nursing.
- Kurlowicz, L.H. (1998). Nursing standard of practice: Depression in elderly patients. Geriatric Nursing, 18: 192-199.
- Lenz, E.R., Soeken, K.L., Rankin, E.A. and Fischman, S.H. (1985). Sex-role attributes, gender, and postpartal perceptions of the marital relationship. Advances in Nursing Science, 7(4): 49-62.
- Logsdon, M.C., Mc.Bride, A.B., and Birkimer, J.C. (1994). Social support and postpartum depression. Research in Nursing & Health, 17(12): 449-457.
- Lori, L., Altshuler, M.D., Victoria Hendrick, M.D., Lee, S., and Cohen, M.D. (2000). An Update on Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period. Journal of Clinical Psychiatry, 2: 217-222.
- Mandeville, L.K. & Troiano, N.H. (1999). AWHONN'S high risk and critical care intrapartum nursing. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott.
- Mercer, R., May, K., Ferketich, S., and DeJoseph, J. (1986). Theoretical models for studying the effect of antepartum stress on the family. Nursing research, 35: 339-346.
- Mercer, R.T. (1985). The process of maternal role attainment over the first year. Nursing Research, 34: 198-204.
- Mercer, R.T. and Ferketich, S.L. (1995). Experienced and inexperienced mother's maternal competence during infancy. Research in Nursing & Health, 18: 333-343.
- Miles, J. and Shevlin, M. (2001). Applying regression and correlation: A guide for students and researchs. London: Sage.
- Miller, S.S., Miller, J.A., and Miller, D.E. (1986). Lifespan plus: The definition guide to health and welling the rest of your life. New York: Macmillan.

- Mi-Young Jho. (2001). Study on the correlation between depression and quality of life for Korean women. Nursing and Health Sciences, 3: 131-137.
- Nayak, M.B. and Al-Yattama, M. (1999). Assault Victim History as a Factory in Depression During Pregnancy. Obstetrics & Gynecology, 94(2): 204-208.
- Neese, J.B. (1981). Depression in general hospital. Nursing Clinics of North America, 26(3): 613-622.
- O'Brien, P.G., Kenedy, W.Z., and Ballard, K.A. (1999). Psychiatric Nursing: an integration of theory and Practice. Singapore: McGraw-Hill.
- O' Hara, M.W. (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. Archives of General Psychiatry, 43: 569-573.
- Oakley, A. (1992). Social support and motherhood: the natural history of a research of a research project. Oxford: Blackwell Publishers.
- Page, L.A. (2000). The New Midwifery: Science and sensitivity in practice. London: Churchill Livingstone.
- Pajulo, M., et al. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support. Journal of Affective Disorder, 65: 9-17.
- Paykel, E.S., Emms, E.M., Fletcher, J., and Rassabey, E.S. (1980). Life events and social support in puerperal depression. British Journal Psychiatry, 136: 339-346.
- Paykel, E.S., Emms, E.M., Fletcher, J., and Rassaby, E.S. (1980). Life events and social support in puerperal depression. British Journal of Psychiatry, 136: 339-346.
- Pilot, D.F. and Hungler, B.P. (1999). Nursing research: principles and methods. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Prescott, P.A. (1987). Multiple Regression Analysis with Small Samples: Cautions and Suggestion. Nursing Research, 36(2): 130-133.
- Pridham, K.F. (1987). The meaning for mothers of a new infant: relationship to maternal experience. MCN, 16(2): 103-121.
- Priest, R. (1983). Anxiety & Depression: A practical guide to recovery. St Louis: Mosby Year Book
- Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role: Part I: Processes. Nursing Research, 16: 237-245.

- Ruble, D.N. (1987). The acquisition of self-knowledge: a self-socialization perspective. In N. Eisenberg (Ed.). Contemporary Topics in Developmental Psychology. New York: Wiley.
- Russel, C.S. (1974). Transition to parenthood: Problems and Gratification. Journal of Marriage and the Family, 36: 294-302.
- Seguin, et al. (1995). Chronic Stressors, Social Support, and depression During Pregnancy. Obstetrics & Gynecology, 85(4): 583-589.
- Slovic, P., Fischhoff, B., and Lichtenstein, S. (1980). Facts versus fear: Understanding perceived risk. In R. Nisbett & L. Ross (Eds.), Human inference: Strategies and shortcomings of social judgement. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Smith, M.A., and Shimp, L.A. (2000). 20 Common Problems in Women's Health Care. Singapore: McGraw-Hill.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. Journal of Marriage and the Family, 38: 15-28.
- Spanier, G.B. and Lewis, R.A. (1980). Marital quality: A review of the seventies. Journal of Marriage and the family, 42: 825-839.
- Stover, R.G. and Hope, C.V. (1993). Marriage, family and intimate relations. Philadelphia: Harcourt Beace College.
- Stuart, G.W. and Sundeen, S.J. (1987). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 3rd ed. St.Louis: The Mosby.
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. Journal of Health and Social Behavior, 23: 145-159.
- Thomas, G., O'Connor, Hawkins, N., and Dunn, J. (1998). Family Type and Depression in Pregnancy: Factors Mediating Risk in a Community Sample. Journal of Marriage and the Family, 60: 757-770.
- Tilden, V.P. (1983). The relationship of life stress and social support to emotional disequilibrium during pregnancy. Research in Nursing and Health, 6: 167-174.
- Tversky, A., and Kahnemann, D. (1974). Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. Science, 185: 1124-1131.

- Valente, S.M. (1994). Recognizing depression in elderly patients. American Journal of Nursing, 94(12): 18-25.
- Warner, et al. (1996). Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. British Journal of Psychiatry, 168(5): 607-611.
- Watson, J.P., Elliot, S.A.M., Rugg, A.J., and Brough, D.I. (1984). Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. British Journal of Psychiatry, 144: 453-462.
- Weiss, R.S. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rubin (Ed.), Doing unto other. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Weissman, M.M., et al. (1977). Assessing Depression Symptom in Five Psychiatric Populations: A Validation Study. American Journal of Epidemiology, 106: 203-213.
- Zuckerman, B., Amaro, H., and Cabral, H. (1989). Depression symptoms during pregnancy : Relationship to poor health behaviors. American Journal Obstetric and Gynecology, 160: 1107-1111.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

- | | | |
|-----------|---|--------------|
| ส่วนที่ 1 | แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป | |
| ส่วนที่ 2 | แบบสอบถามสัมพันธภาพของคู่สมรส | จำนวน 15 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 | แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม | จำนวน 34 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 | แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา | จำนวน 17 ข้อ |
| ส่วนที่ 5 | แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ | จำนวน 15 ข้อ |
| ส่วนที่ 6 | แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ | จำนวน 20 ข้อ |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมค่าลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย ► ลงใน ให้ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. อายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> คู่อยู่ด้วยกัน จดทะเบียน	<input type="checkbox"/> คู่อยู่ด้วยกัน ไม่ได้จดทะเบียน
---	---
3. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาปีที่.....	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาปีที่.....
<input type="checkbox"/> อาชีวศึกษา หรืออนุปริญญา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	
4. ปัจจุบันประกอบอาชีพ

<input type="checkbox"/> รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม (เช่น ทำไร่ ทำนา)	<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> แม่บ้าน	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
5. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
6. ลักษณะครอบครัว

<input type="checkbox"/> ครอบครัวเดี่ยว	<input type="checkbox"/> ครอบครัวขยาย มีสมาชิก.....คน
---	---
7. อายุครรภ์ปัจจุบัน.....สัปดาห์
8. การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่.....
9. ภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
--------------------------------	---------------------------------------

 ภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน

<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
--------------------------------	---------------------------------------
10. ท่านเคยแท้งบุตรหรือไม่

<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย.....ครั้ง
---------------------------------	--
11. ท่านเคยผ่านการคลอดบุตรหรือไม่

<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย โดยวิธี.....
---------------------------------	---
12. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือป่วยด้วยโรคซึมเศร้าหรือไม่

<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
---------------------------------	------------------------------

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพของคู่สมรส

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างท่านและสามีในระยะที่ท่านตั้งครรภ์ว่าเป็นอย่างไร กรุณาตอบทุกข้อให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. โปรดเขียนวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ท่านเห็นว่าเป็นตัวแทนความสุขในชีวิตสมรสของท่านได้ดีที่สุด

1	2	3	4	5	6	7

ไม่มี ความสุขเลย	มีความสุข น้อยมาก	มีความสุข น้อย	มีความสุข ปานกลาง	มีความสุข ค่อนข้างมาก	มีความสุข มาก	มีความสุข มากที่สุด
---------------------	----------------------	-------------------	----------------------	--------------------------	------------------	------------------------

โปรดทำเครื่องหมาย ➡ ลงในช่องที่ระบุว่าท่านและสามีมีความเห็นพ้องกันหรือไม่เห็นพ้องกัน
ในเรื่องต่อไปนี้มากน้อยหรือบ่อยครั้งเพียงใด

เรื่อง	เห็น พ้องกัน เสมอ	เห็น พ้องกัน เป็น ส่วนใหญ่	เห็น พ้องกัน เป็น บางครั้ง	ไม่เห็น พ้องกัน ค่อนข้าง บ่อย	ไม่เห็น พ้องกัน เป็น ส่วนใหญ่	ขัดแย้ง กัน ตลอด เวลา
2. การจัดการค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว						
3. การพักผ่อนหย่อนใจ						
4. การแสดงความรัก ความห่วงใย						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						

10.

ก.

ข.

ค.

11.

12.

13.

14.

15.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ต้องการทราบว่า ท่านได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากบุคคลที่อยู่รอบข้างท่านมากน้อยเพียงใดในระยะตั้งครรภ์ โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าจริงกับท่านมากที่สุด โดยถือเกณฑ์การตอบดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับการสนับสนุนและช่วยเหลือที่ท่านได้รับเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการสนับสนุนและช่วยเหลือที่ท่านได้รับเพียงส่วนน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการสนับสนุนและช่วยเหลือที่ท่านได้รับเพียงครั้งหนึ่ง
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการสนับสนุนและช่วยเหลือที่ท่านได้รับมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการสนับสนุนและช่วยเหลือที่ท่านได้รับมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ฉันได้รับความช่วยเหลือเรื่องการจัดหาอาหารสำหรับครอบครัวในขณะที่ฉันมีอาการอ่อนเพลียจากการตั้งครรภ์.....
2. ฉันมีคนช่วยเหลือซักกรีดเสื้อผ้าให้เมื่อฉันอ่อนเพลีย....
3.
33.
34.

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ต้องการทราบการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาของท่าน กรุณาพิจารณาแต่ละข้อความ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เห็นว่าตรงกับความคิด ความเข้าใจของท่านมากที่สุด โดยถือเกณฑ์การตอบดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิด ความเข้าใจของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิด ความเข้าใจของท่าน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความคิด ความเข้าใจของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิด ความเข้าใจของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิด ความเข้าใจของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันเข้าใจว่า ปัญหาในการดูแลลูกสามารถจัดการได้ง่าย หากฉันรู้ว่าฉันจะทำอย่างไรกับลูก.....
2. แม้ว่า การได้เป็นแม่จะเป็นรางวัลอย่างหนึ่ง แต่ตอนนี้ฉันรู้สึกคับข้องใจที่จะต้องทำหน้าที่แม่.....
3.
4.
16.
17.

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์

คำชี้แจง แบบสอบถามเป็นข้อความที่ระบุเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้กับตัวหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วพิจารณาว่าข้อความใดตรงกับความคิดและความรู้สึกของท่านมากที่สุด และเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบแต่ละข้อ โดยถือเกณฑ์การตอบดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเข้าใจว่าเหตุการณ์นั้นมีโอกาสเกิดขึ้นกับท่านแน่นอนที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเข้าใจว่าเหตุการณ์นั้นมีโอกาสเกิดขึ้นกับท่านอย่างแน่นอน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านเข้าใจว่าเหตุการณ์นั้นมีโอกาสเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นกับท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเข้าใจว่าเหตุการณ์นั้นมีโอกาสเป็นไปได้เล็กน้อยที่จะเกิดขึ้นกับท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเข้าใจว่าเหตุการณ์นั้นไม่มีโอกาสเกิดขึ้นกับท่าน

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันคิดว่าฉันมีโอกาสเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนในขณะที่ตั้งครรภ์ได้.....
2. ฉันคิดว่าฉันมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในขณะที่ตั้งครรภ์ได้.....
3.
14.
15.

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ต้องการทราบว่า ในระยะตั้งครรภ์ ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกต่อไปนี้หรือไม่ โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยถือเกณฑ์การตอบดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดกับท่านเลย หรือเกิดขึ้นน้อยกว่า 1 วันใน 1 สัปดาห์
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือเป็นความจริงที่เกิดกับท่านนาน ๆ ครั้ง หรือเกิดขึ้น 1-2 วันใน 1 สัปดาห์
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือเป็นความจริงที่เกิดกับท่านค่อนข้างบ่อย หรือเกิดขึ้น 3-4 วันใน 1 สัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือเป็นความจริงที่เกิดกับท่านบ่อยครั้ง หรือเกิดขึ้น 5-7 วันใน 1 สัปดาห์

ความรู้สึก	ไม่เลย < 1 วัน ต่อ สัปดาห์	นาน ๆ ครั้ง 1-2 วัน ต่อ สัปดาห์	ค่อนข้าง บ่อย 3-4 วัน ต่อ สัปดาห์	บ่อยครั้ง 5-7 วัน ต่อ สัปดาห์
ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา				
1. ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย.....
2. ฉันรู้สึกเบื่ออาหาร.....
3.
19.
20.

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ ดร. สัจจา ทาโต	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ ดร. นิภาวรรณ รัตนานนท์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
อาจารย์สายลม เกิดประเสริฐ	อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
นาวาโทหญิง ศุภกาญจน์ สิริภรณ์นะ	พยาบาลวิชาชีพ ประจำโรงพยาบาล สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จังหวัดชลบุรี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวโสมสิริ รอดพิพัฒน์ โทร. (01) 6520332

ที่อยู่ 126/146 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัย

รวมทั้งทราบถึงผลดี ความไม่สะดวก ที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล แก่ผู้ทำการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้
สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....
สถานที่ / วันที่

.....
ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่ / วันที่

(.....)

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่ / วันที่

(.....)

ลงนามพยาน

6. การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือนางสาวโสมสิริ รอดพิพัฒน์ ได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 01-6520332
7. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และผลข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้ง ให้ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ชักช้า
8. ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้ทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย ที่ได้รับการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการดังกล่าว
9. ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับแต่ประการใด
10. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมในการวิจัย
11. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างในการวิจัยหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าได้รับคำยินยอมไว้โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้ ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์
12. จำนวนของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 120 คน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการพิจารณาจริยธรรม

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 88183

ที่ ศร 0512.25/ 11๕๓2647

วันที่ ๒1 กันยายน 2547

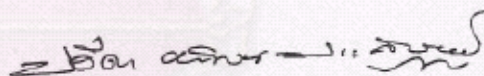
เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมฯ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

จากการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ครั้งที่ 7/2547 เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ 15 กรกฎาคม 2547 ที่ประชุมได้พิจารณาการแก้ไขและเพิ่มเติมรายละเอียดของโครงการวิจัย "ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์" (Relationships between Age, Perceived Pregnancy Risk, Perceived Maternal Competence, Marital Relationship, Social Support and Antepartum Depression of Pregnant Women) ซึ่งมี นางสาวโสมลสิ รอดพิพัฒน์ เป็นผู้วิจัยหลัก

ที่ประชุมมีมติให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ปริดา ทักคนประติษฐ์)

ประธานกรรมการ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำเนาเรียน นางสาวโสมลสิ รอดพิพัฒน์

ภาคผนวก ง

การตรวจสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อ 1 ในการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ตัวแปรต้นและตัวแปรตามควรมีระดับการวัดอย่างต่ำในระดับช่วงมาตรา (Interval scale) การศึกษาครั้งนี้ตัวแปรที่วัดที่อยู่ในระดับช่วงมาตรา (Interval scale) ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพของคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ ส่วนตัวแปรที่วัดที่อยู่ในระดับอัตราส่วนมาตรา (Ratio scale) คือ อายุของหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นข้อมูลจึงมีความเหมาะสมในการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อ 2 ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีการแจกแจงปกติ (Bivariate Normality) โดยดำเนินการตามลำดับขั้นดังนี้

กำหนดสมมติฐานหลัก H_0 : ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ

กำหนดสมมติฐานอื่น H_1 : ข้อมูลไม่มีการแจกแจงปกติ

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

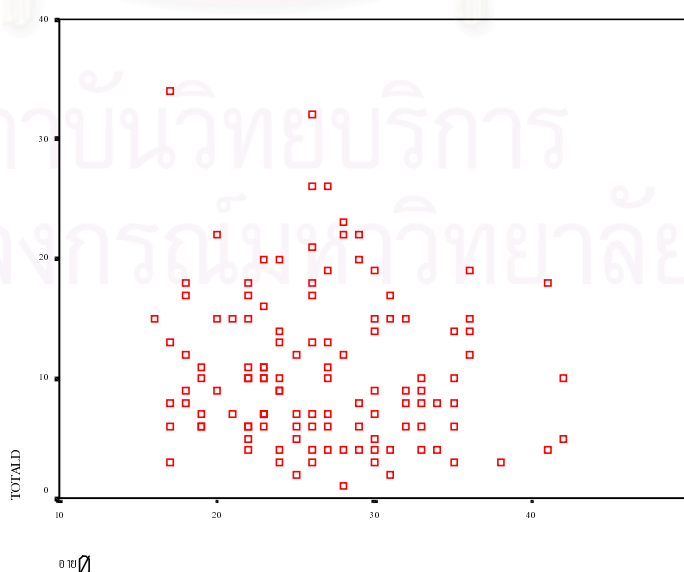
จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov เพื่อวิเคราะห์การแจกแจงของข้อมูล สรุปผลโดยการเปรียบเทียบ Asymp. Sig. (2-tailed) กับระดับนัยสำคัญที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์การสรุปผลว่า ถ้า Asymp. Sig. (2-tailed) มีค่ามากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนดแล้วปฏิเสธ H_0 (ดำรงค์ ทิพย์โยธา, 2545) ผลการวิเคราะห์พบว่า อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสถิติมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($p < .05$) ดังนั้นแสดงว่า อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม มีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) ส่วนสัมพันธภาพของคู่สมรส และภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ มีค่าสถิติน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($p < .05$) มีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน สำหรับผลการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov ได้แสดงไว้ในตารางที่ 8 อย่างไรก็ตาม Hair และคณะ (1996) กล่าวว่า ในกรณีที่ข้อมูลมีขนาดใหญ่การแจกแจงที่ไม่เป็นโค้งปกติไม่มีอิทธิพลต่อผลการวิจัยมากนัก

ตารางที่ 8 ผลการทดสอบโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test

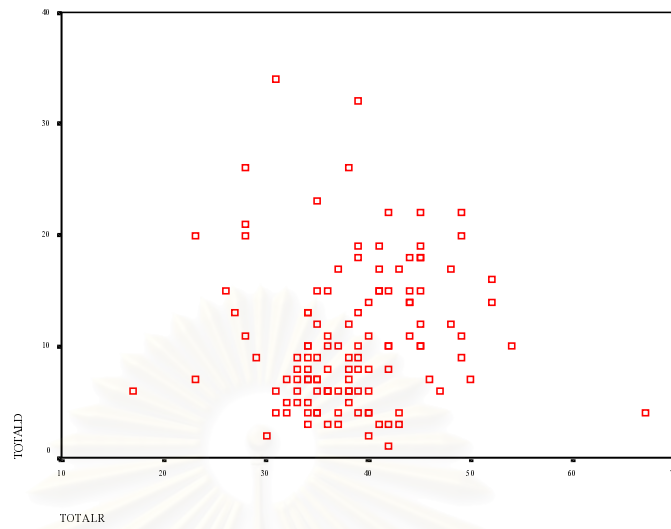
ตัวแปร	Kolmogorov-Smirnov test	Asymp.Sig (2-tailed)
1. อายุ	.909	.380
2. การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา	1.123	.160
3. การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์	.868	.439
4. การสนับสนุนทางสังคม	.772	.591
5. สัมพันธภาพของคู่สมรส	1.656	.008
6. ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์	1.490	.024

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อ 3 ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear Relationship) ผู้วิจัยทดสอบโดยใช้แผนภาพกระจาย (Scatter plot) ผลการทดสอบพบว่า ตัวแปรต้นคือ อายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ ดังแสดงในแผนภาพต่อไปนี้

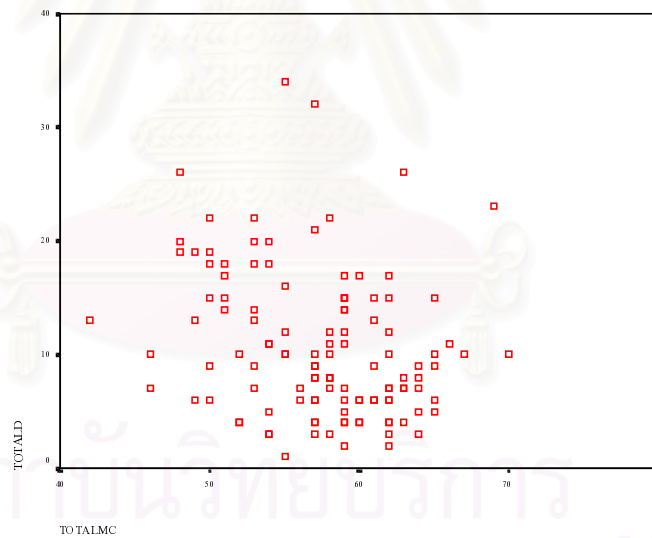
3.1 อายุกับภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์



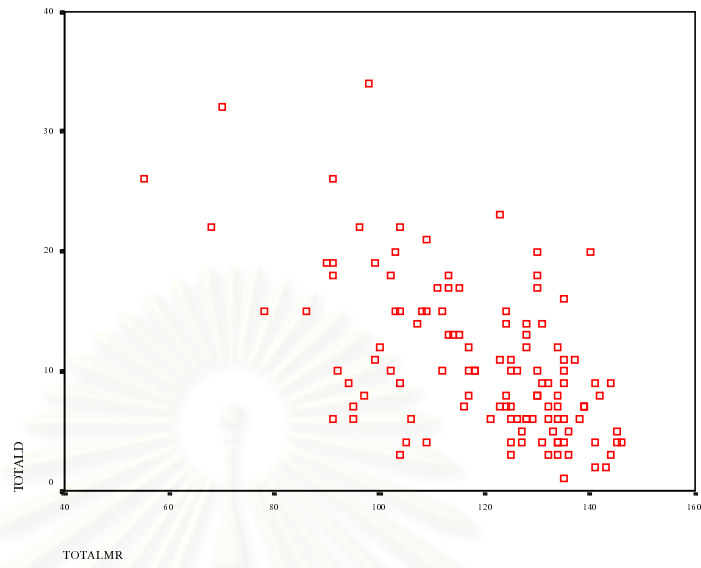
3.2 การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์



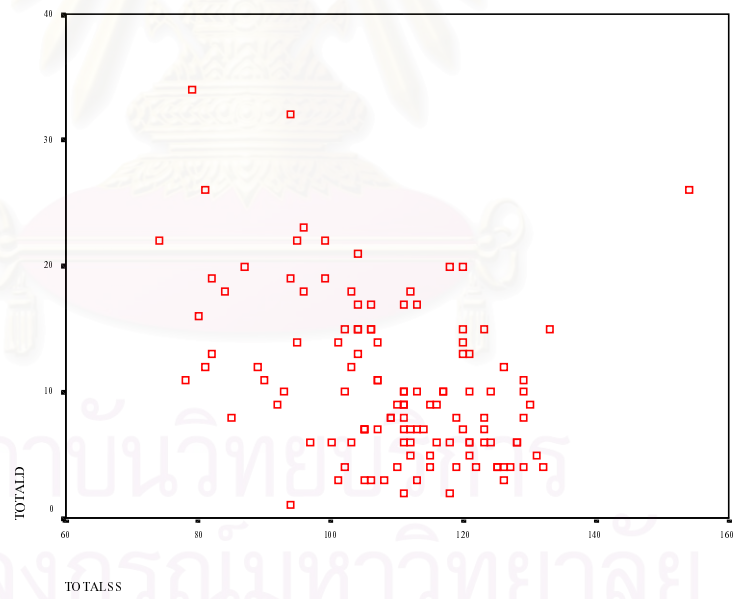
3.3 การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์



3.4 สัมพันธภาพของคู่สมรสกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์



3.5 การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์



ข้อตกลงเบื้องต้นข้อ 4 ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ตัวแปรอิสระไม่ควรมีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (Multicollinearity) ผู้วิจัยทำการทดสอบโดยวิธีการดังต่อไปนี้

4.1 ใช้วิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Simple Correlation technique) เพื่อวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นทุกตัว ซึ่งหากค่าความสัมพันธ์ (Correlation) มากกว่า 0.8 ขึ้นไป จึงจะถือว่าเกิดปัญหาความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรอิสระในระดับสูง (Multicollinearity) (ดุสิต สุจิรารัตน์, 2544) ผลการทดสอบข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาอยู่ระหว่าง 0.189 ถึง 0.379 จึงไม่เกิดปัญหาความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรอิสระในระดับสูง

4.2 พิจารณาจากค่าสัดส่วนของความแปรปรวนของตัวแปรอิสระ (Tolerance) ของตัวแปรต้นแต่ละตัว หากค่าสัดส่วนของความแปรปรวนของตัวแปรอิสระมีค่าน้อยมาก (เข้าใกล้ศูนย์) แสดงว่าตัวแปรอิสระนั้นมีความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรอิสระในระดับสูง ส่วนค่าสัดส่วนของความแปรปรวนของตัวแปรอิสระที่เข้าใกล้ 1 แสดงว่า ไม่มีปัญหาความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรอิสระในระดับสูง (ดุสิต สุจิรารัตน์, 2544) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีค่าสัดส่วนของความแปรปรวนของตัวแปรอิสระอยู่ระหว่าง 0.803 ถึง 0.954 แสดงให้เห็นว่าไม่มีปัญหาความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรอิสระในระดับสูง (ตารางที่ 9)

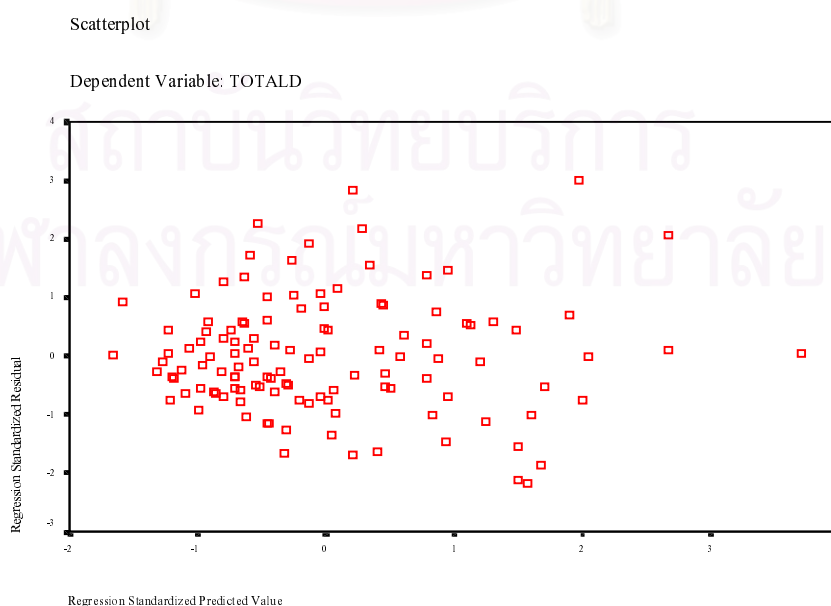
4.3 พิจารณาจากค่าความแปรปรวนที่เพิ่มขึ้นของตัวแปรอิสระ (Variance Inflation Factor: VIF) ซึ่งเป็นค่าที่คำนวณได้จากส่วนกลับของค่าสัดส่วนของความแปรปรวนของตัวแปรอิสระ ถ้าค่าความแปรปรวนที่เพิ่มขึ้นของตัวแปรอิสระมีค่ามากแสดงว่า ตัวแปรนั้นเกิดความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรอิสระในระดับสูง ค่าความแปรปรวนที่เพิ่มขึ้นของตัวแปรอิสระที่ยอมรับได้ไม่ควรเกิน 10 (Hair et al, 1998) สำหรับการศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่าความแปรปรวนที่เพิ่มขึ้นของตัวแปรอิสระอยู่ระหว่าง 1.048 ถึง 1.245 แสดงให้เห็นว่าไม่มีปัญหาความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรอิสระในระดับสูง (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ค่าสัดส่วนของความแปรปรวนของตัวแปรอิสระ (Tolerance) ค่าความแปรปรวมที่เพิ่มขึ้นของตัวแปรอิสระ (VIF) ของอายุ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	ค่า Tolerance	ค่า VIF
1. อายุ	.954	1.048
2. การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์	.929	1.077
3. การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา	.806	1.240
4. สัมพันธภาพของคู่สมรส	.803	1.245
5. การสนับสนุนทางสังคม	.860	1.163

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อ 5 ค่าความคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระต่อกัน ซึ่งผู้วิจัยตรวจสอบโดยใช้สถิติทดสอบ Durbin Watson ค่าสถิติของ Durbin Watson ที่สรุปได้ว่าไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อน (Error term) มีความสัมพันธ์กันเอง (Autocorrelation) ควรมีค่า 1.5 – 2.5 (Miles and Shevlin, 2001) สำหรับการศึกษาคั้งนี้พบว่า มีค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.712 แสดงให้เห็นว่าค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2545)

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อ 6 ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรตามคงที่ในทุกค่าของตัวแปรต้น (Homoscedasticity) ผู้วิจัยทดสอบโดยพิจารณาแผนภาพการกระจาย (Scatter plot) ระหว่าง Y กับ e ซึ่งพบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ ดังแสดงในแผนภาพ

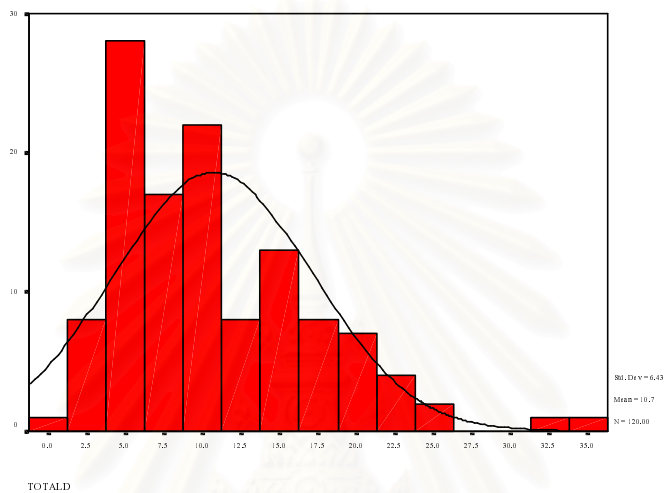


ภาคผนวก จ

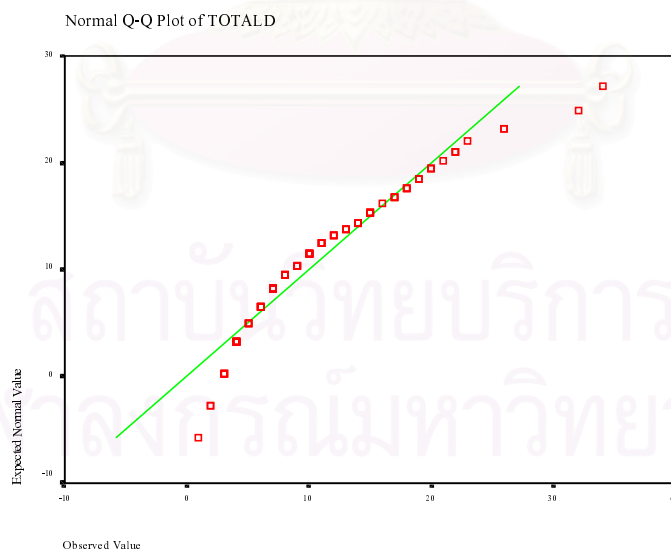
แผนภาพแสดงการแจกแจงปกติของตัวแปร

1. ทดสอบการแจกแจงคะแนนภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างว่าสุ่มได้จากประชากรโดยมีการแจกแจงแบบปกติ

1.1 Histogram



1.2 Normal Q-Q plot



1.3 Stem and Leaf

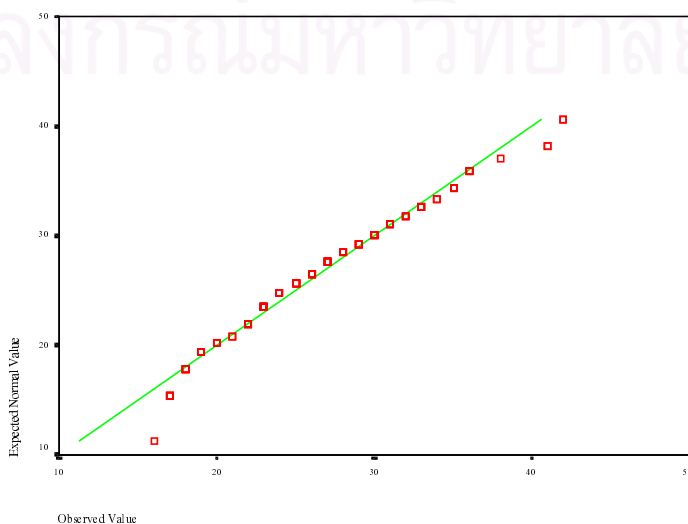
TOTALD Stem-and-Leaf Plot

Frequency	Stem & Leaf
1.00	0 . 1
8.00	0 . 22333333
15.00	0 . 444444444445555
23.00	0 . 666666666666777777777
14.00	0 . 88888889999999
15.00	1 . 00000000011111
8.00	1 . 22223333
12.00	1 . 444455555555
5.00	1 . 67777
7.00	1 . 8888999
4.00	2 . 0001
4.00	2 . 2223
.00	2 .
2.00	2 . 66
2.00	Extremes (>=32)
Stem width: 10.00	
Each leaf: 1 case(s)	

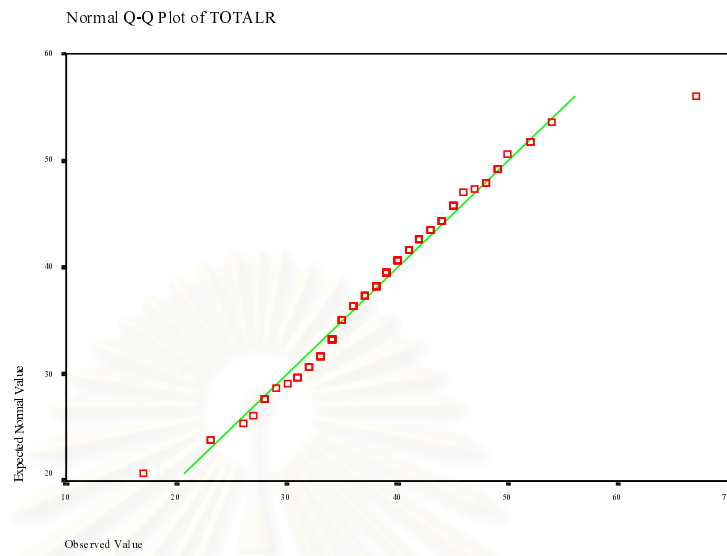
2. ทดสอบการแจกแจงของตัวแปรทุกตัว ตัวแปรทุกตัวควรมีการแจกแจงปกติ

2.1 อายุ

Normal Q-Q Plot of อายุ

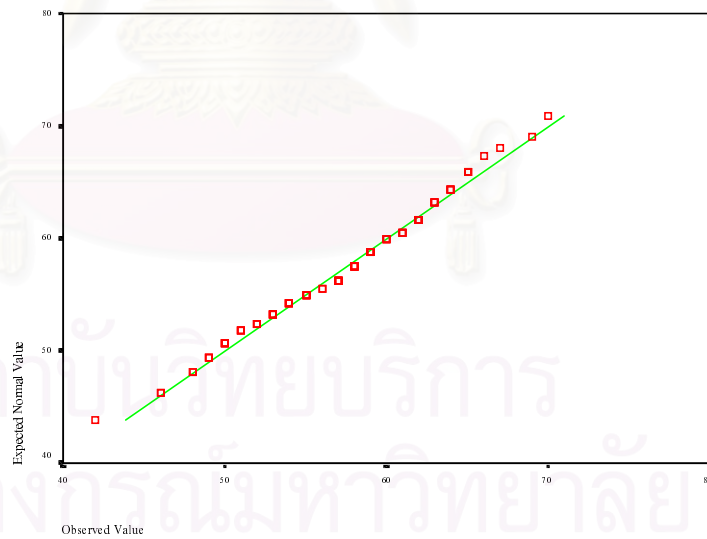


2.2 การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครุภ

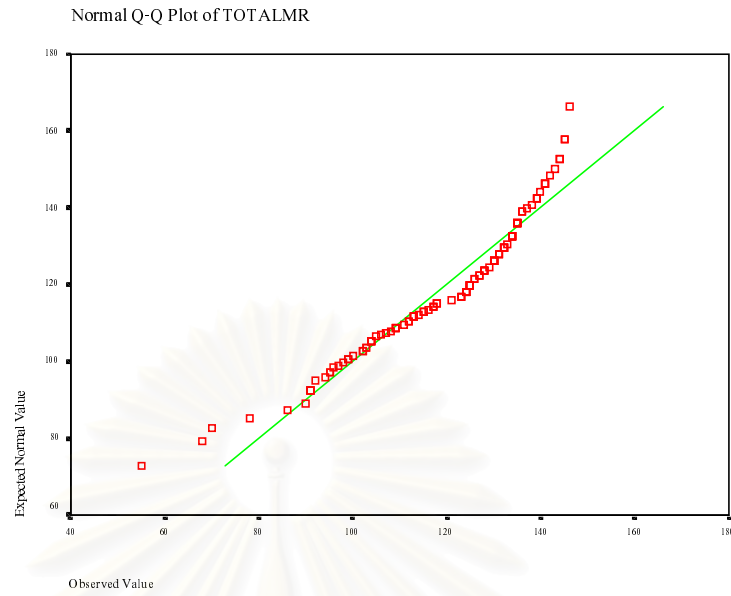


2.3 การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา

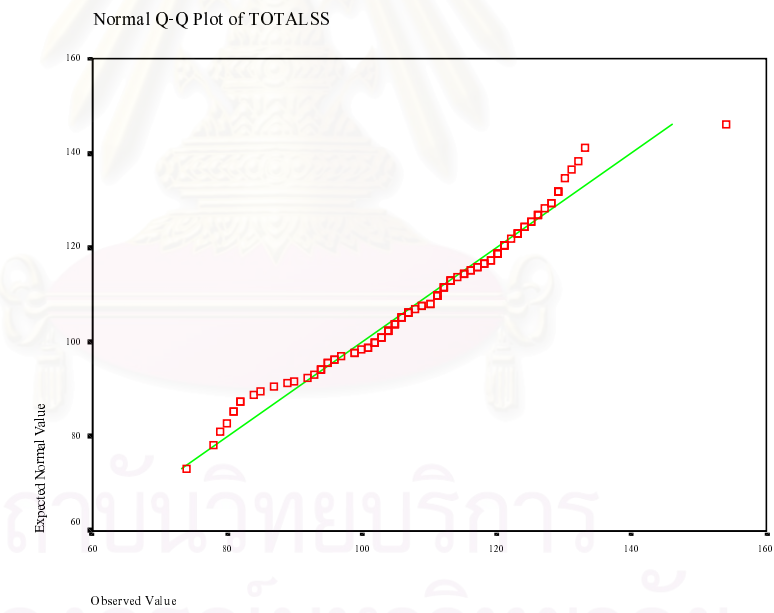
Normal Q-Q Plot of TOTALMC



2.4 สัมพันธภาพของคู่สมรส



2.5 การสนับสนุนทางสังคม



จากกราฟข้างต้นแสดงว่า การแจกแจงของตัวแปรของทุกตัวใกล้เคียงกับการแจกแจงปกติ

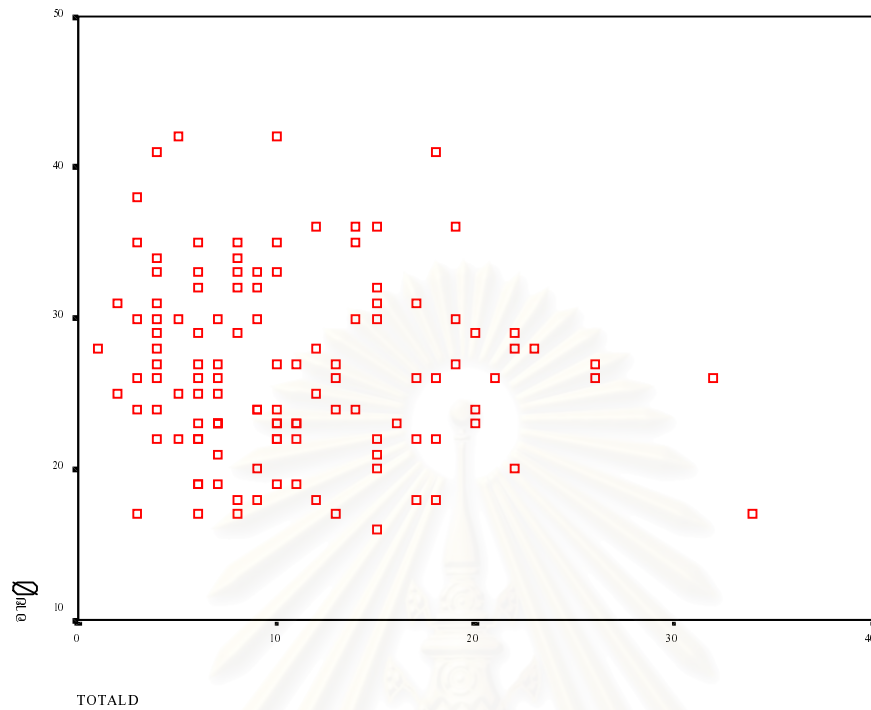
ภาคผนวก จ

ข้อมูลแสดงการกระจายของอายุของกลุ่มตัวอย่าง
และแผนภาพความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์

ตารางที่ 10 จำนวนของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามอายุ

อายุ (ปี)	จำนวน (คน)
16	1
17	5
18	5
19	5
20	3
21	2
22	10
23	11
24	8
25	5
26	10
27	8
28	5
29	5
30	8
31	4
32	4
33	5
34	2
35	5
36	4
38	1
41	2
42	2
รวม	120

แผนภาพความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะซีมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณด้วยวิธีการเพิ่มตัวแปรขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณด้วยวิธีการเพิ่มตัวแปรแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า สัมพันธภาพของคู่สมรส สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .340 แสดงว่า สัมพันธภาพของคู่สมรสสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 34

ขั้นตอนที่สอง เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ การสนับสนุนทางสังคมเข้าไป พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มเป็น .395 สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 39.5 โดยที่ การสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 5.5 (R^2 change = .055)

นอกจากนี้พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวพยากรณ์ทั้ง 2 ตัวกับตัวแปรเกณฑ์ มีค่าเท่ากับ .628 ซึ่งมีค่าสูงกว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวพยากรณ์แต่ละตัวกับตัวแปรเกณฑ์ แสดงว่า ตัวพยากรณ์ทั้ง 2 ตัวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ เมื่อใช้วิธีการเพิ่มตัวแปรแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	R	R^2	R^2 change	F
สัมพันธภาพของคู่สมรส	.583	.340	.340	60.786*
สัมพันธภาพของคู่สมรส, การสนับสนุนทางสังคม	.628	.395	.055	10.618*

*p < .05

ภาคผนวก ช

คู่มือการให้คะแนนแบบสอบถามสัมพันธภาพของคู่สมรส

(พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, 2540)

ข้อ 1	ถ้าตอบไม่มีความสุขเลย	=	0	คะแนน
	มีความสุขน้อยมาก	=	2	คะแนน
	มีความสุขน้อย	=	7	คะแนน
	มีความสุขปานกลาง	=	15	คะแนน
	มีความสุขค่อนข้างมาก	=	20	คะแนน
	มีความสุขมาก	=	25	คะแนน
	มีความสุขมากที่สุด	=	35	คะแนน

เรื่อง	เห็น พ้องกัน เสมอ	เห็น พ้องกัน เป็น ส่วนใหญ่	เห็น พ้องกัน เป็น บางครั้ง	ไม่เห็น พ้องกัน ค่อนข้าง บ่อย	ไม่เห็น พ้องกัน เป็น ส่วนใหญ่	ขัดแย้ง กัน ตลอด เวลา
10. การจัดการค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว	5	4	3	2	1	0
11. การพักผ่อนหย่อนใจ	5	4	3	2	1	0
12. การแสดงความรัก ความห่วงใย	8	6	4	2	1	0
13. การคบเพื่อนฝูงของทั้งสองฝ่าย	5	4	3	2	1	0
14. ความสัมพันธ์ทางเพศ	15	12	9	4	1	0
15. ขนบธรรมเนียมประเพณี (ความ ถูกต้อง, เหมาะสม หรือการปฏิบัติที่ ถูกต้องทำนองคลองธรรม)	5	4	3	2	1	0
16. ปรัชญาในการดำรงชีวิต (เป้าหมาย ของชีวิตและครอบครัว)	5	4	3	2	1	0
17. การปฏิบัติต่อญาติของทั้งสองฝ่าย	5	4	3	2	1	0

ข้อ 10 ข้อ ก = 0 คะแนน, ข้อ ข = 2 คะแนน, ข้อ ค = 10 คะแนน

ข้อ 11 ข้อ ก = 10 คะแนน, ข้อ ข = 8 คะแนน, ข้อ ค = 3 คะแนน,
ข้อ ง = 0 คะแนน

ข้อ 12 ถ้าตอบอยู่บ้านทั้งสองคน = 10 คะแนน

ถ้าตอบออกไปนอกบ้านทั้งสองคน = 3 คะแนน

ถ้าตอบไม่ตรงกัน = 2 คะแนน

ข้อ 13 ข้อ ก = 0 คะแนน, ข้อ ข = 3 คะแนน, ข้อ ค = 8 คะแนน,
ข้อ ง = 15 คะแนน

ข้อ 14 ข้อ ก = 15 คะแนน, ข้อ ข = 0 คะแนน, ข้อ ค = 1 คะแนน

ข้อ 15 ข้อ ก = 0 คะแนน, ข้อ ข = 2 คะแนน, ข้อ ค = 8 คะแนน,
ข้อ ง = 10 คะแนน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวโสมสิริ รอดพิพัฒน์ เกิดวันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2520 ที่จังหวัดตาก สำเร็จ การศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในปีการศึกษา 2543 เข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลมารดา และทารก) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อภาคต้น ปีการศึกษา 2545 ปัจจุบันรับราชการ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย