

ความทุกข์ของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด  
ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



นางสาวจุฑามณี เรืองจิตวิกุล

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**PREVALENCE OF ANXIETY, DEPRESSION AND SOCIAL SUPPORT AMONG POSTPARTUM  
MOTHERS AT KING CHULALONGKORN  
MEMORIAL HOSPITAL**



**MISS. JUTHAMANE E RAUNGJITAVEEKUL**

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health**

**Department of Psychiatry**

**Faculty of Medicine**

**Chulalongkorn University**

**Academic Year 2007**

**Copyright of Chulalongkorn University**

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โดย

นางสาวจุฑามณี เรืองจิตทวีกุล

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

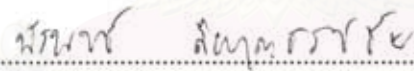
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์


คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

  
..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์อดิศร ภัทราดุลย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์พีรพันธ์ ลีอนุชวณิชชัย)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์)

  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ภัทราวุฒวรรณ์)

จุฑามณี เรื่องจิตวิทยา : ความสุขของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (PREVALENCE OF ANXIETY, DEPRESSION AND SOCIAL SUPPORT AMONG POSTPARTUM MOTHERS AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ.นพ.เคชา ลลิตอนันต์พงศ์, 112 หน้า.

การวิจัยเชิงพรรณนา ณ. จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความทุกข์ของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการเก็บข้อมูลในมารดาหลังคลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังคลอดทั้งมารดาและบุตรที่มารับบริการด้านสุขภาพที่แผนกผู้ป่วยนอกของแผนกกุมารเวชศาสตร์และหน่วยวางแผนครอบครัว และมีบุตรอายุ 1-3 เดือน ในช่วงวันที่ 1 มกราคม ถึง 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 จำนวน 198 ราย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 28.34 ปี ได้มีการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai - HADS) และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งดัดแปลงมาจาก The Personal Resource Questionnaire : PRQ part II ของ Brandt and Weinert ใช้สถิติ t-test และ chi-square เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และใช้สถิติ one-way ANOVA ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยต่างๆ

ผลการวิจัยพบว่า มารดาหลังคลอดมีความทุกข์ของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเท่ากันคือร้อยละ 3.54 โดยภาวะวิตกกังวลมี 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม วิธีการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และอาชีพที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ  $p < 0.05$  อาชีพค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัวมีภาวะวิตกกังวลน้อยกว่ารับราชการ / รัฐวิสาหกิจและนักศึกษา วิชาชีพอิสระมีภาวะวิตกกังวลน้อยกว่านักศึกษา ส่วนภาวะซึมเศร้ามี 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม และลักษณะครอบครัวเดี่ยว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ  $p < 0.05$  แรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการวิจัยจากการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า การให้บริการดูแลมารดาหลังคลอด ควรมีการประเมินปัญหาภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ทั้งในรายที่ปกติและที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด โดยเฉพาะมารดาที่คลอดบุตรด้วยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและ / หรือมารดาที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์  
สาขาวิชา สุขภาพจิต  
ปีการศึกษา 2550

ลายมือชื่อนิติศ.....จุฑามณี เรื่องจิตวิทยา.....  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

# # 4974905130 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORD : ANXIETY / DEPRESSION / SOCIAL SUPPORT / POSTPARTUM MOTHERS

JUTHAMANE RAUNGJITAVEEKUL : PREVALENCE OF ANXIETY, DEPRESSION AND SOCIAL SUPPORT AMONG POSTPARTUM MOTHERS AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL.

THESIS PRINCIPAL ADVISOR : ASSOC.PROF.DECHA LALITANANTPONG,M.D.;112pp.

The objectives of this cross-sectional, descriptive study were to examine the prevalence of anxiety and depression among postpartum mothers at King Chulalongkorn Memorial Hospital and the association of social support with anxiety and depression among postpartum mothers. This study was conducted from January 1<sup>st</sup>, 2008 to February 29<sup>th</sup>, 2008. A total of 198 non-complicated postpartum mothers mean age 28.34 years old, 1-3 months who received health promotion service at Pediatric O.P.D. or Family Planning O.P.D. were recruited. Demographic, pregnancy, delivery and breastfeeding data were obtained. Hospital Anxiety Depression Scale (Thai-HADS) and The Personal Resource Questionnaire (PRQ part II) for measuring social support were completed by the participants. Chi-square, t-test and one-way ANOVA were used in the study.

The results of this study were as followed : 3.54 % of subjects had anxiety which was equal to those who had depression. Three factors were significantly associated with anxiety which was lack of social support, delivery by caesarean section type and different occupation (p-value < 0.05). The subjects who occupation of commerce / own business were more anxious than government officials and students. Freelances were also less anxious than students. Two factors were significantly associated with depression which was lack of social support and characteristic of nuclear family (p-value < 0.05). Social support was associated with anxiety and depression among postpartum mothers at p-value < 0.01.

From the results of this study, it is recommended that postpartum mothers services should be aware of anxiety and depression among normal and complicated postpartum mothers, especially the mothers who had experience caesarean section and /or lived in nuclear family.

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Department      Psychiatry  
Field of study    Mental Health  
Academic year    2007

Student's signature..... *Juthamane R.*  
Principal advisor's signature..... *Decha L.*

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากรองศาสตราจารย์นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น และอนุมัติ แก่ผู้วิจัยด้วยความเมตตา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอนุชวณิชย์ ที่ได้กรุณาเป็นประธานกรรมการ และรองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ ที่ได้กรุณาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้ให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของการวิจัยนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คุณอารีรัตน์ ภิรมย์วงศ์ พยาบาลหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวช ตึกภปร. ชั้น 9 และคุณอัมพร ต้นประดิษฐ์ พยาบาลหัวหน้าแผนกวางแผนครอบครัว ตึกภปร.ชั้น 7 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้คำแนะนำ สนับสนุน และอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

อีกทั้งการวิจัยนี้ จะไม่ประสบความสำเร็จได้เลย ถ้าปราศจากความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่าง มารดาหลังคลอดทุกท่าน ซึ่งผู้ทำวิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอขอบพระคุณบุคลากรของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่าน และผู้ที่มีได้กล่าวนาม ณ ที่นี้ที่ช่วยเหลือสนับสนุนการทำวิจัย รวมถึงเพื่อนๆ น้องๆ นิสิตสาขาสุขภาพจิต ทั้งภาคในเวลาและภาคพิเศษ ที่ให้กำลังใจ และการสนับสนุนช่วยเหลือด้วยดีตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้และอบรมสั่งสอนผู้วิจัยด้วยความรัก ความอบอุ่น ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ณ สถาบันแห่งนี้เสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

ท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณมารดา ญาติพี่น้องและเพื่อนๆ ที่ให้กำลังใจในทุกๆ ด้านของชีวิต ทั้งการศึกษา การทำงาน และอื่นๆ ด้วยความรัก ตลอดมา

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
<b>บทที่ 1 บทนำ.....</b>	<b>1</b>
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
<b>บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....</b>	<b>9</b>
มารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด.....	9
ภาวะวิตกกังวล.....	24
ภาวะซึมเศร้า.....	30
แรงสนับสนุนทางสังคม.....	40
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	43
<b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....</b>	<b>48</b>
รูปแบบการวิจัย.....	48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	53
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	53

<b>บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....</b>	<b>54</b>
<b>ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด.....</b>	<b>54</b>
<b>ตอนที่ 2 การคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา.....</b>	<b>57</b>
<b>ตอนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม.....</b>	<b>63</b>
<b>ตอนที่ 4 ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาล     จุฬาลงกรณ์.....</b>	<b>64</b>
<b>ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะวิตกกังวลและภาวะ     ซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....</b>	<b>65</b>
<b>ตอนที่ 6 ความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นๆ กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของ     มารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....</b>	<b>73</b>
<b>บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายและข้อเสนอแนะ.....</b>	<b>80</b>
สรุปผลการวิจัย.....	80
การอภิปรายผลการวิจัย.....	83
ข้อจำกัดของงานวิจัย และข้อเสนอแนะ.....	88
<b>รายการอ้างอิง.....</b>	<b>90</b>
<b>ภาคผนวก.....</b>	<b>99</b>
<b>ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....</b>	<b>112</b>

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงจำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอด จำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน.....	54
2 แสดงจำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอด จำแนกตามการคลอดและการเลี้ยงบุตร ด้วยนมมารดา.....	57
3 แสดงจำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอด จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคม.....	63
4 แสดงจำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอด จำแนกตามภาวะวิตกกังวล.....	64
5 แสดงจำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอด จำแนกตามภาวะซึมเศร้า.....	65
6 แสดงความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมและในแต่ละด้านกับภาวะ วิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	65
7 แสดงความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมและในแต่ละด้านกับภาวะ ซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	69
8 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะวิตกกังวลของมารดา หลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยใช้สถิติ <b>Chi-square</b> .....	73
9 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของมารดา หลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยใช้สถิติ <b>Chi-square</b> .....	74
10 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดากับภาวะ วิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	75
11 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดากับภาวะ ซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	76
12 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นๆ กับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยใช้สถิติ <b>t-test</b> .....	77
13 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นๆ กับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยใช้สถิติ <b>t-test</b> .....	77
14 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอาชีพกับภาวะ วิตกกังวล.....	78
15 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอาชีพกับภาวะ ซึมเศร้า.....	78
16 แสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ ( <b>Post Hoc</b> ) ของค่าเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลจำแนก ตามอาชีพ.....	79

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความผิดปกติทางจิตเวชหลังคลอด (postpartum psychiatric disorders) พบได้ 1-2/1000 ในทุกวัฒนธรรม (culture) เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติทางจิตเวชที่เกิดขึ้นในระยะหลังการคลอดบุตร และการคลอดเป็นต้นเหตุที่สำคัญประการหนึ่ง ร่วมกับการเกิดความตึงเครียดทางร่างกาย (biological stress) ความตึงเครียดทางจิตใจ (psychological stress) และความตึงเครียดทางสังคมหรือสิ่งแวดล้อม (social or environment stress)<sup>(1)</sup> นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่ 4 ของทุกๆ โรคและเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความพิการหรือมีสภาพทุพพลภาพ<sup>(2)</sup> คาดว่าในปีพ.ศ.2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุอันดับที่ 2 ในโลกที่ทำให้เกิดความพิการหรือทุพพลภาพ<sup>(3)</sup> ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งในผู้หญิงคือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าผิดปกติร้อยละ 20-25 (มากกว่าผู้ชาย 2 เท่า)

จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาปีพ.ศ.2546 พบว่าความชุกของโรควิตกกังวลของมารดาหลังคลอดตามเกณฑ์ของ DSM-IV เท่ากับร้อยละ 44 และมีภาวะวิตกกังวลมากกว่าปกติร้อยละ 27.9 ส่วนความชุกของภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดเท่ากับร้อยละ 29 และมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติร้อยละ 33.3<sup>(4)</sup> และในปีพ.ศ.2548 พบว่ามารดาหลังคลอดโดยเฉพาะในช่วงระยะเวลา 3 เดือนแรกมีภาวะซึมเศร้าผิดปกติในระดับปานกลางหรือมาก (major or minor depression) เท่ากับร้อยละ 14.5<sup>(5)</sup> และเชื่อว่ามีมารดาที่ทุกข์ทรมานจากภาวะซึมเศร้าในช่วงหลังคลอดประมาณร้อยละ 10-20<sup>(6)</sup> จากการศึกษาในประเทศอังกฤษพบอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าในมารดาหลังคลอด 5 สัปดาห์<sup>(7)</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาเปรียบเทียบมารดาหลังคลอดกับผู้หญิงทั่วไปในชาวนอร์เวย์ พบว่ามีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็น 1.8 เท่า<sup>(8)</sup>

ความชุกของภาวะวิตกกังวลได้มีการศึกษา ที่มหาวิทยาลัยของศูนย์การแพทย์ยูทาห์ (Utah) ประเทศสหรัฐอเมริกาปีพ.ศ.2548 ในมารดาหลังคลอดก่อนจำหน่ายกลับบ้าน พบว่ามารดามีภาวะวิตกกังวลในระดับปานกลางร้อยละ 24.9 และภาวะวิตกกังวลระดับมากร้อยละ 1<sup>(9)</sup> นอกจากนี้จากการศึกษาในประเทศออสเตรเลียปีพ.ศ.2549 พบว่ามีความชุกของภาวะวิตกกังวลร้อยละ 10 ความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 19-25 และความชุกของมารดาหลังคลอดที่มีทั้งภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7<sup>(10)</sup> จากการศึกษาในประเทศไทยปีพ.ศ.2543 พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ผิดปกติในระยะหลังคลอดร้อยละ 4.5 และ 2-6.67 ตามลำดับ<sup>(11,12)</sup> และจากการศึกษาของทิพวรรณ เลียบสื่อตระกูล ในปีพ.ศ.2550 พบมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าที่ผิดปกติระดับ

ปานกลางหรือมากร้อยละ 10<sup>(13)</sup> การศึกษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ปีพ.ศ.2548 อัญชลี ชันทุเลา<sup>(14)</sup> ศึกษาภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในศีกทารกแรกเกิดวิกฤติ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอดร้อยละ 51.8 และความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดร้อยละ 34

มารดาส่วนใหญ่ที่มีอาการซึมเศร้าหลังคลอด (**postpartum blue**) และโรคซึมเศร้าหลังคลอด (**postpartum depression**) มักเกิดหลังคลอดภายในเวลา 2-4 สัปดาห์ และอาจมีอาการคงอยู่จนถึง 1 ปีหลังคลอด โดยมีอาการแสดงคล้ายโรคซึมเศร้าอื่นๆ คือมีอาการซึมเศร้า ความสนุกสนานเพลิดเพลินใจน้อยลง มีการเปลี่ยนแปลงของความอยากอาหารและการนอน การนั่งอยู่นิ่งๆ กับที่นานๆ เหนื่อยล้า รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิด ไม่มีสมาธิ และมีความคิดวกวนอยู่กับความตายหรือการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีอันตรายเพราะผู้ป่วยอาจจะกระทำการที่รุนแรง เป็นเหตุให้ถึงแก่ชีวิตของตนเอง และในบางรายอาจมีความคิดฆ่าบุตรได้ ดังนั้นมารดาที่มีความผิดปกติทางจิตใจดังกล่าว มีผลกระทบโดยตรงต่อมารดาและบุตร

ในช่วงระยะหลังคลอดมารดามีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ตั้งแต่เริ่มมีการปฏิสนธิจนกระทั่งคลอด ร่างกายจะพยายามปรับตัวและปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพและกลับมาปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ โดยทั่วไปถือเอาระยะเวลา 6 สัปดาห์หลังคลอดเป็นระยะของ **puerperium**<sup>(15)</sup> การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยเฉพาะทางด้านอารมณ์มีความแปรปรวนอย่างมาก เกิดจากมีการเปลี่ยนแปลงของต่อมไร้ท่อ (**endocrine change**) มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (**progesterone**) และความตึงเครียดทางจิตใจ<sup>(1)</sup> การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมของมารดาหลังคลอด มีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ภรรยาอย่างเดียวยังไม่สูบทบาทการเป็นมารดา ที่ต้องรับผิดชอบในการอบรมเลี้ยงดูบุตรเพิ่มขึ้น<sup>(16)</sup> เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความวิตกกังวล (**anxiety**) ไปต่างๆ นานาร่วมกับการมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (**postpartum blue**) จะมีอาการหดหู่ใจ (**depression**) โดยไม่ทราบสาเหตุ อาการนี้มักจะเกิดภายใน 2-3 วันหลังคลอดจะเป็นอยู่ชั่วคราวประมาณ 48-72 ชั่วโมงแล้วหายไปเอง

การปรับตัวในระยะเวลาหลังคลอดใหม่จึงถือว่าเป็นระยะวิกฤติ (**critical period**)<sup>(17)</sup> การมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี โดยเฉพาะจากสามีและญาติๆ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์คอยให้กำลังใจ ให้ความห่วงใยและให้ข้อมูลต่างๆ ทำให้มารดาหลังคลอดสามารถผ่านพ้นระยะนี้และจะแก้ไขภาวะนี้ได้<sup>(18,19)</sup> มารดาสามารถลดความเครียด ความวิตกกังวลในการดูแลตนเองและทารก มีความมั่นใจเพิ่มขึ้นทำให้มารดาสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและปรับตัวสูบทบาทการเป็นมารดาได้ดีขึ้น ไม่มีอาการซึมเศร้าจนผิดปกติ รวมถึงการสร้างความรัก ความผูกพันระหว่างมารดากับบุตร

ได้ตลอดเวลาที่อยู่ด้วยกันมากยิ่งขึ้น ย่อมเป็นผลดีต่อสภาพจิตใจของมารดา ทารกและบุคคลรอบข้าง

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้บริการรักษาพยาบาลและช่วยเหลือผู้บาดเจ็บทั่วไป โดยไม่เลือกชาติ ชั้น วรรณะ ลัทธิ ศาสนาหรือ ความคิดเห็นทางการเมือง นอกจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแล้ว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ยังเป็นสถานที่ฝึกอบรมนิสิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้านของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฝึกอบรมนักศึกษาพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย และโรงเรียนรังสีเทคนิค โดยเฉพาะการให้บริการด้านการคลอดของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ตั้งแต่การรับฝากครรภ์จนกระทั่งคลอดทั้งในรายที่ปกติและมีภาวะแทรกซ้อน การบริหารทารกแรกเกิดและการวางแผนครอบครัว โดยมีสถิติการคลอดในปีพ.ศ.2549 เท่ากับ 5,696 ราย เฉลี่ย 475 รายต่อเดือนและในปีพ.ศ.2550 เท่ากับ 7,556 ราย เฉลี่ย 630 รายต่อเดือน<sup>(2)</sup> จากสถิติดังกล่าวพบว่ามี การคลอดโดยวิธีผ่าท้องทำคลอด (caesarean section) ร้อยละ 40 และการคลอดทางช่องคลอดร้อยละ 60 ซึ่งการคลอดด้วยการผ่าตัดอาจมีปัญหาทำให้เกิดความผิดปกติของจิตใจในระยะหลังคลอดได้<sup>(1)</sup> แต่ในปัจจุบันการผ่าท้องคลอดกระทำโดยมีข้อบ่งชี้ของความสมบูรณ์ของมารดาและทารกในครรภ์เป็นสำคัญ ไม่ก่อให้เกิดอันตรายเพื่อความปลอดภัยต่อมารดาและทารก รักษาชีวิตให้รอดมากขึ้น อุบัติการณ์ของการผ่าท้องทำคลอดเกือบทุกสถาบันทั่วโลกมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จากที่น้อยกว่าร้อยละ 25 ในอดีต<sup>(2)</sup> ปัจจุบันอัตราการผ่าท้องทำคลอดประมาณร้อยละ 40<sup>(2)</sup>

แต่อย่างไรก็ตามจากข้อมูลเบื้องต้น ปัจจัยทางสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปจะมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าหรือไม่ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด เพื่อเป็นข้อมูลที่จะช่วยในการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ย่อมเป็นผลดีต่อมารดาหลังคลอดให้มีสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตที่ดี พร้อมทั้งจะเล็งดูทารกให้เติบโตและส่งเสริมให้มีพัฒนาการที่ดีทั้งทางด้านจิตใจ (psychological) ด้านความรู้สึกรู้จักคิด (cognitive) ด้านประสาทสัมผัส (neurological) และด้านการเคลื่อนไหว (motor) ให้เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าและเป็นอนาคตที่ดีของชาติ และข้อมูลที่ได้ อาจเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยในเชิงลึกต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. ความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นอย่างไร
2. แรงสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์อย่างไร

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

## ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

### ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

1. ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่
  - อายุ
  - สถานภาพสมรส
  - ศาสนา
  - อาชีพ
  - ลักษณะงาน
  - รายได้ของครอบครัว
  - ระดับการศึกษา
  - ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย
  - ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม
  - ประวัติโรคประจำตัว
  - สารเสพติดที่ใช้ (สุรา/ บุหรี่/ อื่น ๆ)
  - ลักษณะครอบครัว (เดี่ยว/ ขยาย)
2. ข้อมูลการคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ได้แก่
  - จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์
  - อายุครรภ์ขณะคลอด
  - จำนวนของบุตรที่มีชีวิตอยู่
  - วิธีการคลอด
  - ระยะเวลาที่ตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
  - ระยะเวลาที่สามารถลาคลอด
  - การได้รับความรู้ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
  - การวางแผนในการดูแลบุตร

- ระยะเวลาที่ให้นม (colostrums) มาครั้งแรก
- ระยะเวลาที่เริ่มบุตรดูดนมมารดาครั้งแรก
- ลักษณะหัวนมของมารดา
- ลักษณะการดูดนมมารดาของบุตร
- วิธีการให้นมมารดา/นมผสม
- อาการไม่สุขสบายขณะให้นมบุตร
- การเข้าร่วมโครงการนมแม่

### 3 ปัจจัยทางจิตสังคม

- แรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่

ภาวะวิตกกังวล (anxiety)

ภาวะซึมเศร้า (depression)

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะวิตกกังวล (anxiety) หมายถึงกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไป ซึ่งมักจะมีอาการตื่นตระหนก ระวังตัว บางครั้งอาจตื่นตระหนกกับเรื่องต่างๆ ในชีวิตประจำวัน มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ เช่น เหงื่อออก ใจสั่น ใจเต้นแรง หายใจเร็ว ท้องไส้ปั่นป่วน ความวิตกกังวลนี้มักจะพบเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด จะถือว่าเป็นความผิดปกติ (disorders) ต่อเมื่อความวิตกกังวลนี้มีมาจนรบกวนกิจวัตรประจำวันหรือเป้าหมายของงานต่างๆ และกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึกเป็นอย่างมาก

ภาวะซึมเศร้า (depression) หมายถึงอารมณ์ทุกข์ (dysphonic mood) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ ห่อเหี่ยวใจ หมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก เชื่องช้าเชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลงหรือน้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นอยู่นานมีระยะเวลาตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่ออาชีพ การงาน หรือการเรียน

โรคซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) พบได้ประมาณร้อยละ 13 เกิดหลังคลอดภายในเวลา 4 สัปดาห์ (บางรายอาจเกิดหลังคลอด 1 ปี)

อาการเศร้าหลังคลอด (postpartum blue) เป็นอาการเศร้าหรืออารมณ์แปรปรวนหลังคลอด เป็นภาวะที่พบบ่อยคือพบได้ร้อยละ 75 เกิดขึ้นภายใน 14 วันหลังคลอด หายได้เอง ไม่ต้องรักษาแต่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

วัด โดยแบบสอบถามภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Thai-HADS) โดยการวิจัยครั้งนี้ จะถือว่าค่าคะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าผิดปกติ

**แรงสนับสนุนทางสังคม (social support)** หมายถึงปัจจัยที่สำคัญทางจิตวิทยาสังคม เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นการสนับสนุน ด้านต่างๆ ที่มีผลต่อบุคคล กลุ่มหรือชุมชน โดยใช้แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม คัดแปลงมาจาก **PRQ Part II** ของ **Brandt and Weinert**

**มารดาหลังคลอด** หมายถึง สตรีระยะหลังคลอดหรือ **puerperium** ตั้งแต่หลังคลอดครบไป จนกระทั่งอวัยวะต่างๆ ในระบบสืบพันธุ์กลับมามีปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ โดยทั่วไปถือเอาระยะเวลาหลังคลอด **6 สัปดาห์** ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสรีระร่างกายและด้านจิตใจ

สำหรับงานวิจัยนี้หมายถึง มารดาหลังคลอดที่สุขภาพร่างกายแข็งแรง ทั้งมารดาและบุตร ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดที่มารับบริการด้านสุขภาพ ที่แผนกผู้ป่วยนอกของแผนกกุมารเวช ศาสตร์และหน่วยวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีบุตรอายุ **1-3** เดือนและเต็มใจ เข้าร่วม โครงการวิจัย

### ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ที่มีบุตรมีอายุในช่วง **1-3** เดือนที่ยินยอมและเต็มใจให้ความร่วมมือ

### ข้อจำกัดในการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะมารดาหลังคลอดที่มีบุตรอายุ **1-3** เดือนและมารับบริการด้านสุขภาพใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่สมัครใจตอบแบบสอบถาม ดังนั้นการศึกษานี้อาจไม่สามารถเป็นตัวแทน ของมารดาหลังคลอดทั้งหมดได้ เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของมารดา หลังคลอด อาจมีความแตกต่างกันจากโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก โรงพยาบาลรัฐบาลและ โรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ นอกจากนี้ช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ย่อมมีปัจจัยภายนอกอื่นๆ ได้แก่ ด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ความเชื่อ ค่านิยม การสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาและ สื่อต่างๆ ทำให้มีผลกระทบต่อความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันด้วย

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลอื่นสำหรับมารดาหลังคลอดเพื่อลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า
2. เป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลอื่น ส่งเสริมการให้ข้อมูลความรู้ การช่วยเหลือ การปฏิบัติตัวของมารดาหลังคลอด และตระหนักถึง ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในมารดาหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ที่ต้องการจะศึกษาวิจัยต่อไป



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

### ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

#### ปัจจัยพื้นฐาน

- อายุ
- สถานภาพสมรส
- ศาสนา
- อาชีพ
- ลักษณะงาน
- รายได้ของครอบครัว
- ระดับการศึกษา
- ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย
- ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม
- ประวัติโรคประจำตัว
- สารเสพติดที่ใช้ (สุรา / บุหรี่ / อื่นๆ)
- ลักษณะครอบครัว (เดี่ยว / ขยาย)

#### ข้อมูลการคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

- จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์
- อายุครรภ์ขณะคลอด
- จำนวนของบุตรที่มีชีวิตอยู่
- วิธีการคลอด
- ระยะเวลาที่ตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
- ระยะเวลาที่สามารถลาคลอด
- การได้รับความรู้ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
- การวางแผนในการดูแลบุตร
- ระยะเวลาที่ให้น้ำนม (colostrum) มากครั้งแรก
- ระยะเวลาที่เริ่มบุตรดูดนมมารดาครั้งแรก
- ลักษณะหัวนมของมารดา
- ลักษณะการดูดนมมารดาของบุตร
- วิธีการให้นมมารดา/นมผสม
- อาการไม่สุขสบายขณะให้นมบุตร
- การเข้าร่วมโครงการนมแม่

#### ปัจจัยทางจิตสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม

### ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

ภาวะวิตกกังวล  
ภาวะซึมเศร้า

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีเอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดตามลำดับดังต่อไปนี้

1. มารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด
2. ภาวะวิตกกังวล
3. ภาวะซึมเศร้า
4. แรงสนับสนุนทางสังคม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. มารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด

##### ก. มารดาหลังคลอด

จตุพล ศรีสมบูรณ์<sup>(15)</sup> อธิบายว่าระยะหลังคลอด (**postpartum or puerperium**) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่หลังคลอดรกไปจนกระทั่งอวัยวะต่างๆ ในระบบสืบพันธุ์กลับมาปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ โดยทั่วไปถือเอาระยะเวลา 6 สัปดาห์หลังคลอดเป็นระยะของ **puerperium** สตรีที่ไม่ได้ให้นมบุตรนั้น **pituitary-ovarian axis** จะกลับคืนสู่ปกติภายใน 6 สัปดาห์ มีการตกไข่ได้ปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์

การแบ่งระยะหลังคลอด<sup>(22)</sup>

- ทันทันหลังคลอด (**immediate period**) : ระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอด
- หลังคลอดระยะต้น (**early period**) : วันที่ 2-7 หลังคลอด
- หลังคลอดระยะปลาย (**late period**) : นับจากสัปดาห์ที่ 2-6 หลังคลอด

##### 1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของมารดาหลังคลอด

มารดาหลังคลอดมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของมารดาหลังคลอดได้แก่ อายุของมารดา ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว วิธีการคลอดบุตร พื้นฐานอารมณ์ของทารก และการเลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ก. อายุของมารดา อายุเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ การรับรู้และความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจในสิ่งต่างๆ รวมทั้งมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการปรับตัวของบุคคลซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุโดยจะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา<sup>(23)</sup>

บุคคลที่มีอายุมากจะมีวุฒิภาวะมากกว่า ซึ่งวุฒิภาวะนี้จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวและทนต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่างๆ ของชีวิตโดยอาศัยสติปัญญา การเรียนรู้และประสบการณ์ในอดีตมาประกอบการตัดสินใจได้มาก<sup>(24)</sup> จากการศึกษาของเบล<sup>(25)</sup> ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในชีวิตกับวิธีการเผชิญปัญหาในการปรับตัวของผู้ป่วยที่มีความเครียดทางจิตใจพบว่าบุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะเลือกใช้วิธีเผชิญปัญหาแตกต่างกัน จากการศึกษาของราโกชินและคณะ<sup>(26)</sup> พบว่าอายุของมารดาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงบทบาทการเป็นมารดา

การแบ่งช่วงอายุจากพัฒนาการตามวัย สามารถแบ่งได้ ดังนี้

วัยรุ่นตอนต้น<sup>(27)</sup> (**pubertal phase**) เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายมาก เป็นช่วงเวลายาวนานประมาณ 2 ปี ส่วนใหญ่อยู่อายุ 11-13 ปี มีความคิดหมกมุ่นกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้อารมณ์แปรปรวน

วัยรุ่นตอนกลาง (**transitional phase**) อายุ 14-16 ปี เป็นวัยที่ยอมรับสภาพร่างกายที่เป็นหนุ่มเป็นสาวได้แล้ว มีความคิดเชิงนามธรรม (**abstract**) จึงหันมาใส่ใจหาอุดมการณ์และเอกลักษณ์ของตนเองเพื่อความเป็นตัวของตนเอง และพยายามเอาชนะความผูกพันเกาะยึดพึ่งพิงบิดามารดา

วัยรุ่นตอนปลาย (**adolescent proper**) อายุ 17-19 ปี เริ่มหลังจากมี **puberty** ประมาณ 4 ปี เป็นเวลาของการศึกษาวิชาชีพ ตัดสินใจเลือกอาชีพที่เหมาะสม และการมีความสัมพันธ์แบบผูกพันแน่นแฟ้น (**intimacy**)

วัยผู้ใหญ่ตอนต้น<sup>(28)</sup> (**young or early adulthood**) อยู่ในช่วงอายุ 20-40 ปี เป็นช่วงที่พัฒนาการทางด้านร่างกายถึงจุดสูงสุด เป็นช่วงที่เริ่มรับบทบาทสถานภาพทางสังคมที่สำคัญและเป็นช่วงของการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองและเริ่มสร้างหลักฐานของชีวิต การที่จะประสบความสำเร็จในการเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ขึ้นอยู่กับความสำเร็จในการผ่านพ้นวิกฤติของช่วงวัยที่ผ่านมาคือ วัยเด็กและวัยรุ่น

วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (**middle adulthood**) อยู่ในช่วงอายุ 40-65 ปี เป็นช่วงกึ่งกลางของชีวิต (**the noon of life**) เป็นระยะที่จะต้องผ่านพ้นงานพัฒนาการต่างๆ ได้แก่ การกลับมาพิจารณาทบทวนชีวิตที่ผ่านมาในอดีตว่าชีวิตที่ผ่านมาเป็นอย่างไร และตัดสินใจวางแผนชีวิตในอนาคตต่อไป

ข. ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหาต่างๆ เนื่องจากการศึกษาเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาทางสติปัญญาและมีความสามารถในการเรียนรู้ นอกจากนี้การศึกษาที่ดียังช่วยให้บุคคลสามารถใช้การเรียนรู้ในอดีตและพฤติกรรมที่เคยใช้ประสบผลสำเร็จมาแล้วมาเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน<sup>(29)</sup> บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะรับรู้และสามารถทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนสามารถเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

อย่างถูกต้องมากกว่าบุคคลที่ระดับการศึกษาต่ำ<sup>(30)</sup> ในขณะที่บุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีข้อจำกัดในการแสวงหาหรือนำข้อมูลที่ได้รับมาแก้ไขหรือป้องกัน ไม่ให้เกิดเหตุการณ์เช่นนั้นอีก<sup>(31)</sup>

ค. รายได้ของครอบครัว เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการปรับตัว โดยบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ สามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ตนเอง<sup>(32)</sup> ในขณะที่มารดาที่มีรายได้ ไม่เพียงพอ มีปัญหาทางเศรษฐกิจเมื่อคลอดบุตรทำให้มารดามีความเครียดเพิ่มขึ้นต่อการใช้จ่ายของตนเองและบุตร จึงเป็นข้อจำกัดในการจัดหาสิ่งของหรือเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ นอกจากนี้ อาจส่งผลให้การเกิดของบุตรเป็นสิ่งที่เกินทุกข์และอาจทำให้มารดาไม่ปรารถนาที่จะดูแลบุตรของตนเอง<sup>(33)</sup> จากการศึกษาของซัสแมน<sup>(34)</sup> พบว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำจะเกิดความเครียดเนื่องจากเกิดความวิตกกังวลต่อค่าใช้จ่ายภายในบ้านไม่เพียงพอ ทำให้การรับผิดชอบต่อบุตรลดน้อยลง

ง. ลักษณะครอบครัว หรือจำนวนสมาชิกในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการปรับตัว เนื่องจากครอบครัวเป็นสภาพแวดล้อมของบุคคลที่สำคัญยิ่ง ในการช่วยเสริมสร้างและสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการปรับตัว เมื่อมารดาเผชิญกับปัญหาที่ประสพหรือความเครียดต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ ครอบครัวเป็นสถาบันที่เล็กที่สุดในสังคม สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันอย่างแน่นแฟ้น เมื่อสมาชิกภายในครอบครัวคนใดเกิดเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวที่เหลือก็จะเข้ามารับบทบาทแทน สามารถทำงานแทนหรือแบ่งเบาภาระงานของผู้ป่วยได้ รุจา ภูไพบูลย์<sup>(35)</sup> กล่าวว่าบุคคลในครอบครัวมีหน้าที่ในการสนองความต้องการด้านร่างกายและอารมณ์ โดยการให้ความรัก ความเอาใจใส่แก่สมาชิกในครอบครัว ประกอบกับลักษณะของสังคมไทยมีลักษณะเป็นเครือญาติอยู่แล้ว จึงไม่ค่อยขาดผู้ช่วยเหลือ<sup>(36)</sup> ส่วนในมารดาที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยสามารถปรับตัวได้นี้นั้นอาจเนื่องมาจากสามี ภรรยาจะเกิดความใกล้ชิด มีความเป็นสัดส่วนที่จะอยู่กันตามลำพัง การดำเนินชีวิตของครอบครัวเกิดจากการปรึกษาหารือกันเองเมื่อมีปัญหาที่พูดคุยกัน สามี ภรรยาจะรับผิดชอบการกระทำของตนได้เต็มที่โดยไม่ต้องเผชิญกับปัญหาความสัมพันธ์ของบุคคลอื่นในครอบครัว สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง<sup>(37)</sup>

จ. ชนิดของการคลอด การคลอดหมายถึงการให้กำเนิดของสิ่งมีชีวิตที่เลี้ยงลูกด้วยนมหลังจากการตั้งครรภ์ ซึ่งเปลี่ยนภาวะจากตัวอ่อนในครรภ์ออกมาเผชิญสิ่งแวดล้อมภายนอก การคลอดโดยธรรมชาติทารกหรือตัวอ่อนจะออกทางช่องคลอด หรือในกรณีที่คลอดธรรมชาติไม่ได้แพทย์จะทำการผ่าตัดหน้าท้องเพื่อเอาทารกออกมา

(1) การคลอดทางช่องคลอด (delivery)<sup>(38)</sup> หมายถึงการคลอดทารกทางช่องคลอด โดยการคลอดปกติหรือคลอดโดยใช้เข็มหรือใช้เครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด

- การคลอดปกติ (normal labor)<sup>(39)</sup> หมายถึงการคลอดทารกทางช่องคลอด

คลอดได้เองโดยไม่ต้องอาศัยเครื่องมือใดๆ ช่วย และสิ้นสุดการคลอดภายใน 24 ชั่วโมง ทารกคลอดมีชีวิต

- การคลอดผิดปกติ (**abnormal labor** หรือ **dystocia**)<sup>(40)</sup> หมายถึงการคลอดที่สิ้นสุดลงโดยการช่วยเหลือ

(ก) การทำคลอดด้วยคีม (**forceps delivery**)<sup>(41)</sup> เป็นสูติศาสตร์หัตถการที่ใช้คีมดึงศีรษะเด็กจากช่องทางคลอด โดยไม่ทำให้เกิดบาดเจ็บต่อแม่หรือเด็กในครรภ์ ในกรณีที่ทำคลอดตามปกติ ไม่สำเร็จหรือทำยาก เช่น เด็กอยู่ในท่าที่ผิดปกติ การหมุนของศีรษะเด็กในครรภ์ ผิดปกติ เป็นต้น

(ข) การทำคลอดด้วยเครื่องดึงสูญญากาศ<sup>(41)</sup> (**The Obstetric Vacuum Extractor** หรือ **The Ventouse**) เป็นการใช้เครื่องดึงสูญญากาศช่วยคลอดในหลายกรณี เช่น ในรายที่มีการคลอดยาวนาน มดลูกหดตัวไม่ดี เป็นต้น

(2) การผ่าท้องทำคลอด (**caesarean section**)<sup>(42)</sup> คือการผ่าตัดเพื่อนำทารกออกจากโพรงมดลูก โดยผ่านทางรอยผ่าที่ผนังหน้าท้องและรอยผ่าที่ผนังมดลูก เนื่องจากมารดาไม่สามารถคลอดเองทางช่องคลอดได้โดยมีข้อบ่งชี้บางอย่างโดยหนึ่ง และทารกต้องมือน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 1,000 กรัม หรืออายุครรภ์ที่ทารกสามารถมีชีวิตรอดได้แล้ว (คือ 28 สัปดาห์โดยประมาณ)

ข้อบ่งชี้ของการผ่าท้องทำคลอดชนิดสมบูรณ์ (**absolute indications**) เป็นข้อบ่งชี้ที่ต้องทำผ่าตัดอย่างแน่นอน ถ้าปล่อยไว้ให้คลอดเองจะมีอันตรายมาก ได้แก่ การคลอดติดขัด (**mechanical dystocia**) รกเกาะต่ำ มะเร็งปากมดลูก ภายหลังการซ่อมแซมปากมดลูกหรือผนังช่องคลอด กระดูกเชิงกรานหักหรือความผิดปกติของช่องทางคลอด ทารกอยู่ในภาวะเครียด (**distress**) สายสะดือข้อย่อย

ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดโดยอนุโลม (**relative indicators**) เป็นข้อบ่งชี้ที่อาจจะผ่าตัดหรืออาจจะคลอดทางช่องคลอดก็ได้ แล้วแต่สภาพของมารดาหรือทารกว่าจะมีอันตรายมากน้อยแค่ไหน อย่างไร ได้แก่ มีแผลเป็นที่ผนังมดลูกจากการผ่าท้องทำคลอด ตกเลือดก่อนคลอด ทำผิดปกติ เช่น ท่าก้น ครรภ์แฝด โรคแทรกซ้อนทางสูติกรรมบางกรณี เช่น โรคความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ภาวะที่ทารกมีความเสี่ยงสูงต่อการมีภาวะเครียด (**fetal distress**) การติดเชื้อเริม (**herpes**) ที่อวัยวะสืบพันธุ์ในช่วงระยะใกล้คลอด ภาวะมีบุตรยาก (**infertility**) เช่น การตั้งครรภ์ที่เกิดจาก IVF หรือ GIFT เป็นต้น

ฉ. ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด (**postpartum complications**)<sup>(43,44)</sup>

ช่วงเวลาที่มารดามีปรับตัวหลังคลอดเรียกว่า **postpartum** หรือ **puerperium** คือระยะเวลา 6-8 สัปดาห์หลังคลอดที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือการตกเลือดและการติดเชื้อ

(1) การตกเลือดหลังคลอด (**postpartum hemorrhage**) หมายถึงภาวะที่มีเลือดออกมากผิดปกติและยากที่จะหยุดได้ การตกเลือดหลังคลอดมักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด แต่อาจเกิดขึ้นภายใน 6 สัปดาห์ต่อมาได้

(2) การติดเชื้อหลังคลอด (**general postpartum infection**) หมายถึงการติดเชื้อหลังคลอดที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งในระบบสืบพันธุ์หรือทางเดินปัสสาวะ และการติดเชื้อที่ปอดหรือเต้านมอักเสบ

(3) มดลูกอักเสบ (**uterine infection/endometritis**) คือการติดเชื้อภายในมดลูก ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญในการติดเชื้อหลังคลอด

(4) เต้านมอักเสบ (**breast infection**) หมายถึงการติดเชื้อแบคทีเรียที่เต้านม อาจเป็นข้างเดียวหรือทั้งสองข้างก็ได้ ส่วนใหญ่จะมีเต้านมคัดโดยเฉพาะในรายที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

นอกจากนี้มารดาที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ โรคเอดส์ โรคมะเร็ง ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ในสตรีตั้งครรภ์<sup>(15)</sup>

มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดจะรู้สึกว่าจะต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติในชีวิตจากการผ่าตัด โดยส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายและส่งผลให้มารดาเกิดความตึงเครียดทางด้านจิตใจและอารมณ์<sup>(45)</sup> นอกจากนี้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดจะมีความรู้สึกในแง่ลบต่อตนเองรู้สึกว่าคุณค่าของชีวิต ลดต่ำลง<sup>(46)</sup> และมีความพึงพอใจกับความสำเร็จของตนเองน้อยกว่ามารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด ทั้งนี้เพราะมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดไม่เพียงแต่เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดเท่านั้นยังคงสภาพมารดาหลังคลอดที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลบุตร<sup>(47)</sup> ดูแลสามีและสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนภาระงานต่างๆภายในบ้าน ทำให้มารดาต้องเผชิญกับความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายจากแผลผ่าตัด ทำให้มารดาารู้สึกอ่อนเพลีย นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ สุขภาพร่างกายอ่อนแอ<sup>(48)</sup> จึงทำให้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดปรับตัวได้ช้ากว่ามารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด

## 2. การช่วยเหลือมารดาในระยะหลังคลอด<sup>(49)</sup>

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดามีดังนี้

ก. ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่

(1) ลักษณะทางสังคมประชากรของมารดา เช่น อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะของครอบครัว เป็นต้น

(2) ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ความตั้งใจ การวางแผนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเมื่อมารดาต้องไปทำงาน เป็นต้น

(3) ทักษะและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

(4) ภาวะสุขภาพของเต้านม ลักษณะของหัวนม เป็นต้น

ข. ปัจจัยด้านบุตร ได้แก่

(1) ความเจ็บป่วย หรือความพิการของเด็ก

(2) เด็กมีปัญหาจากการได้รับน้ำ นมผสม หรืออาหารอื่นก่อนเวลาที่เหมาะสม  
 ก. ปัจจัยด้านนโยบายและการปฏิบัติงานของบุคลากร ได้แก่

- (1) การดำเนินตามนโยบายไม่สอดคล้องและต่อเนื่องกัน
- (2) การแยกบุตรและมารดาออกจากกัน ไม่ได้อยู่ห้องเดียวกันภายหลังคลอด
- (3) บุคลากรมีทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาไม่ดี ขาดความรู้ในการ

ช่วยเหลือมารดาให้คำแนะนำไม่ตรงกัน ความเร่งรีบในการช่วยเหลือมารดาไม่ทันท่วงที การให้นมผสมแก่เด็กในระยะแรกหลังคลอด เป็นต้น

(4) มีปัญหาในการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ การติดตามการดูแลมารดาและบุตรเมื่อกลับไปอยู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

ง. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม ได้แก่

- (1) อิทธิพลของการโฆษณาผลิตภัณฑ์นมผสม
- (2) ขาดการสนับสนุนจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อมารดา เช่น สามี ญาติ เพื่อน

เพื่อนร่วมงาน

ดังนั้นการช่วยเหลือมารดาในระยะหลังคลอดให้สามารถปรับตัวผ่านพ้นระยะวิกฤติของชีวิตและประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ซึ่งเป็นภารกิจหนึ่งที่สำคัญในมารดาหลังคลอด จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยด้านต่างๆ ที่แตกต่างกันแต่ละบุคคล ได้แก่ ด้านมารดา ด้านบุตร ด้านนโยบายและการปฏิบัติงานของบุคลากร รวมทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม การมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากสามี บุคคลในครอบครัว

การปรับตัวของมารดาหลังคลอด

โดยทั่วไป<sup>(5)</sup> มารดาหลังคลอดจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์เป็น 3 ระยะ คือ ระยะ 1-3 วันแรกหลังคลอด เป็นระยะที่ร่างกายมีความอ่อนเพลียไม่สุขสบายจากการปวดมดลูก เจ็บปวดแผลฝีเย็บ และคัดเต้านม มารดาหลังคลอดบางรายอาจปวดร้าวกล้ามเนื้อบริเวณสะโพกและฝีเย็บ จนกระทั่งเดินไม่ได้ในช่วงวันแรก ช่วยเหลือตนเองได้น้อย จนถึงระยะ 3-10 วันหลังคลอดร่างกายจะค่อยๆ ปรับตัว และเริ่มช่วยเหลือตนเองได้อย่างดี มีความแข็งแรงเพิ่มขึ้นสนใจที่จะเรียนรู้ในการดูแลบุตร และระยะหลังวันที่ 10 มารดาหลังคลอดจะปรับตัวได้ดีต่อสิ่งแวดล้อม

### 3 พฤติกรรมการปรับตัวตามของมารดาหลังคลอด

รูบิน<sup>(5)</sup> กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดว่า มารดาจะมีพฤติกรรมการปรับตัวตามระยะของการปรับตัวแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเทคกิ้ง-อิน (The Taking-in phase) ระยะเทคกิ้ง-โฮลด์ (Taking-hold phase) และระยะเลตติ้ง-โก (The Letting-go phase) มีรายละเอียดได้ดังนี้

ก. ระยะของการปรับตัวของมารดาหลังคลอด

(1) ระยะเทกกิง-อิน (The Taking-in phase) ระยะนี้จะเกิดขึ้นในช่วง 2-3

วันแรก ภายหลังจากคลอดเป็นระยะที่มารดาขังนอนพักฟื้นอยู่ในโรงพยาบาล มารดาจะมีพฤติกรรมพึ่งพา (dependence behavior) มากที่สุด ไม่ต้องการกระทำการต่างๆ ด้วยตนเอง ในระยะนี้มารดาจะสนใจแต่ความต้องการของตนเองในด้านการนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหารเพื่อชดเชยพลังงานที่สูญเสียไปในการคลอด มากกว่าคิดถึงความต้องการของทารก มารดาต้องการการปกป้องดูแลและบำรุงร่างกายทั้งนี้เพราะมารดาเกิดความไม่สุขสบายต่างๆ ที่เป็นผลมาจากการคลอดบุตร เช่น ปวดแผลฝีเย็บ ปวดมดลูก คัดตึงเต้านม ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณสะโพก มีความเหน็ดเหนื่อยจากการคลอดที่เพิ่งผ่านพ้นรวมทั้งความตึงเครียดทางจิตใจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทใหม่เข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาภายหลังคลอด นอกจากนั้นมารดาส่วนใหญ่ต้องการพูดคุยถึงเรื่องเกี่ยวกับประสบการณ์ของตนเองในระยะคลอดและการคลอด เพื่อผสมผสานขบวนการในระยะคลอดและการคลอดเข้ามาในประสบการณ์ของชีวิต ต้องการค้นหารายละเอียดเพื่อเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่เคยคาดหวังกับประสบการณ์จริงและต้องการเปรียบเทียบกับประสบการณ์ของมารดาคนอื่นๆ เพื่อประเมินถึงความสามารถของตนเองในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ประสบในระยะเวลา<sup>(5)</sup> โดยสามีและญาติควรรับฟังและให้ความสนใจในสิ่งที่มารดาเล่าจะช่วยทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกเป็นไปด้วยดีและสามารถผ่านเข้าสู่ระยะที่สองของการเปลี่ยนแปลงได้อย่างสมบูรณ์

(2) ระยะเทกกิง-โฮลด์ (Taking-hold phase) ระยะนี้จะเกิดขึ้นในช่วง 3-10

วันภายหลังจากคลอด ซึ่งในวันที่ 3 หลังคลอดเป็นระยะที่มารดาจะเริ่มมีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถควบคุมความสมดุลของระบบต่างๆ ในร่างกายได้ หลังจากที่ได้รับคำตอบสนองความต้องการในระยะเทกกิง-อินอย่างครบถ้วน มารดาจะเริ่มการปรับตัวเพื่อเข้าสู่บทบาทใหม่ คือ บทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดมารดาเริ่มมีความกระตือรือร้นที่จะจัดการกับตนเองและสามารถตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อันเป็นภาระหน้าที่ได้ตามความต้องการของมารดา ในระยะนี้มารดาให้ความสนใจอย่างมากในการเลี้ยงดูบุตร เริ่มซักถามถึงวิธีการเลี้ยงดูบุตร สนใจเกี่ยวกับการดูแลให้นมบุตร โดยพยาบาลควรเปิดโอกาสให้มารดาได้ฟังการแนะนำและสอนเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรรวมทั้งการสาธิตการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา การอุ้ม การอาบน้ำสระผมทารกด้วยตนเอง ภายใต้อาการดูแลของพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลควรให้กำลังใจและให้คำชมเชยเมื่อมารดาสามารถปฏิบัติกิจกรรมการเลี้ยงดูบุตร ได้อย่างถูกต้องก่อนที่มารดาจะกลับบ้าน ถ้าหากมารดาได้รับการช่วยเหลือในการได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม รวมทั้งได้กำลังใจจากบุคคลที่ใกล้ชิดและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จะทำให้มารดามีความมั่นใจและสามารถเผชิญบทบาทการเป็นมารดาได้เร็วขึ้น อย่างไรก็ตามมารดายังคงต้องการอาหารบำรุงร่างกาย การขับถ่ายที่เป็นปกติ ความสุขสบาย การให้กำลังใจ และการสนับสนุนอย่างมากจากบุคคลอื่น รวมทั้งการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ถ้าความต้องการเหล่านี้



ไม่ได้รับการตอบสนองก็จะทำให้มารดาไม่มีความอดทน รู้สึกประสบความสำเร็จไม่มีความคุ้มค่า พอที่จะเป็นมารดาของบุตรในช่วงสุดท้ายของระยะนี้ งานและการปรับตัวในงานประจำวันจะเริ่มเป็นแบบแผนยิ่งขึ้น ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในช่วงนี้ เช่น ปัญหาการให้นมมารดา ปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้ต้องได้รับการแก้ไข ถ้าปัญหาต่างๆ หดหายไปก็จะเป็นการสิ้นสุดของระยะนี้<sup>(52)</sup> และมารดาจะต้องก้าวไปสู่การปรับตัวในระยะต่อไป ซึ่งผลสำเร็จในระยะนี้เป็นเหตุการณ์สำคัญในการพัฒนาความอบอุ่นและสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก<sup>(52)</sup>

(3) ระยะเลตติง-โก (The Letting-go phase) เป็นระยะที่ต่อเนื่องกับระยะที่สอง โดยเริ่มต้นภายหลังคลอดไปแล้วประมาณ 2 สัปดาห์ เป็นระยะที่มารดาจะรู้สึกเสรีภาพต่อการสูญเสียสิ่งที่เคยเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายคือทารก มารดาเริ่มยอมรับว่าทารกเป็นบุคคลหนึ่งที่แยกจากตนเองมีบุคลิกลักษณะแนวทางการดำเนินชีวิตของตนเองที่มีนิสัยการกิน การนอน การร้องไห้ เฉพาะตัว ในระยะนี้มารดาต้องปรับตัวในหลายด้าน ได้แก่ การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบครอบครัวจากสองคนเป็นสามคน การปรับตัวในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสามีให้กลับมามีลักษณะเหมือนก่อนที่จะคลอดบุตร เพื่อร่วมกันปรึกษาหารือและกระทำกิจกรรมร่วมกัน ทั้งในด้านการดูแลบุตร การทำงานบ้าน และกิจกรรมทางสังคม คงไว้ซึ่งความสัมพันธที่แน่นแฟ้น ซึ่งเป็นพื้นฐานสำหรับสร้างหน่วยของครอบครัว<sup>(52)</sup>

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า Rubin<sup>(51)</sup> ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดว่ามารดาจะต้องมีการปรับตัว เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายจากการคลอดทั้งในด้านการพักผ่อน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อชดเชยพลังงานที่สูญเสียไปจากการคลอด จากนั้นจึงมีความสนใจต่อทารก โดยมี การปรับตัวในการดูแลบุตรทั้งในด้านการเรียนรู้ทักษะและการปฏิบัติในการดูแลบุตร ได้แก่ การอุ้ม การทำความสะอาดร่างกายบุตร การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา นอกจากนี้มารดาต้องปรับตัวในการสร้างสัมพันธภาพกับสามี เพื่อร่วมกันปรึกษาหารือและกระทำกิจกรรมร่วมกันทั้งในด้านการดูแลบุตร การทำงานบ้านและการปฏิบัติกิจกรรมในสังคม

ข. การปรับตัวตามพัฒนาจิตต่อบทบาทและความรับผิดชอบของมารดา

ลีเดอร์แมนและคณะ<sup>(54)</sup> อธิบายว่าในระยะหลังคลอดมารดาจะต้องมีการปรับตัวตามพัฒนาจิตต่อบทบาทและความรับผิดชอบของการเป็นมารดา และเป็นการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวโดยรวมทั้งนี้สามารถแบ่งเป็นการปรับตัวของมารดาในด้านต่างๆ ได้ดังนี้

(1) คุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มารดาต้องมีการปรับตัวเพื่อดำรงคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ทั้งในด้านปฏิสัมพันธ์ การให้ความรัก ความเอาใจใส่ และการตอบสนองทางอารมณ์ซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เพราะการมีบุตรมีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส กล่าวคือจากเดิมเวลาที่เคยมีให้แก่กันและกันอย่างเต็มที่นั้นลดน้อยลงเนื่องจากกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตรซึ่งต้องการการเอาใจใส่ตลอดเวลา โอกาสที่คู่สมรสจะปรึกษาหารือใน

เรื่องต่างๆ มีน้อยลง ประกอบกับการงดเว้นเพศสัมพันธ์ในระยะเวลาที่มารดาพักฟื้นจากการคลอด ทำให้มารดามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปรับตัวเพื่อดำรงคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

(2) การรับรู้ถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรของคู่สมรส มารดาจะมีการรับรู้ถึงความสนใจ การเอาใจใส่ที่คู่สมรสมีต่อบุตร และการใช้เวลาสำหรับบุตร ทั้งนี้ในระยะแรกภายหลังจากคลอดบุตรเป็นช่วงเวลาที่มารดาต้องการความช่วยเหลือในการดูแลบุตรอย่างยิ่ง การรับรู้ที่ถูกต้องถึงการเอาใจใส่ดูแลบุตรของคู่สมรสจะทำให้มารดายอมรับต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดีขึ้น หากมารดาขาดการรับรู้ถึงความช่วยเหลือดูแลบุตรของคู่สมรส ทำให้มารดาประเมินว่าคู่สมรสไม่เอาใจใส่หรือไม่ยอมรับบุตร จะส่งผลให้มารดาเกิดความคับข้องใจต่อบทบาทการเป็นมารดา ไม่สามารถประสานบทบาทที่คาดหวังกับบทบาทที่ประสบตามความเป็นจริงได้ รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ของมารดากับบุตรอาจเป็นไปในทางที่ไม่ดีได้

(3) ความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดที่มีต่อประสบการณ์ในระยะเจ็บครรภ์และการคลอดมารดาจะต้องปรับตัวต่อประสบการณ์ที่ได้รับในระยะคลอดและขณะคลอด อาจตรงกับความคิดหวังหรือไม่ตรงกับความคิดหวังของมารดานั้นๆ หากมารดาไม่สามารถปรับตัวยอมรับต่อประสบการณ์ในระยะคลอดแล้ว จะส่งผลให้มารดาเกิดความคับข้องใจ ประเมินว่าตนเองไม่มีความสามารถ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่แน่ใจในการกระทำบทบาทการเป็นมารดาในระยะต่อไปนอกจากนั้นแล้วมารดาที่รับรู้ถึงประสบการณ์ที่ไม่ดีในระยะระลอกคลอด และระยะคลอดอาจเห็นว่าบุตรเป็นต้นเหตุของความทุกข์ทรมานของมารดาเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อบุตรทำให้ส่งผลถึงสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตรได้

(4) ความพึงพอใจของมารดาต่อสภาพชีวิต ความเป็นอยู่และฐานะของครอบครัว การมีบุตรทำให้มารดาเกิดการเปลี่ยนแปลงในภารกิจประจำวัน สภาพที่พ้ออาศัย รวมทั้งค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เพิ่มขึ้นมารดาที่ไม่สามารถปรับตัวต่อสภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น จะเห็นว่าบุตรเป็นสาเหตุของความยุ่งยาก ความเหน็ดเหนื่อย และความวิตกกังวลต่อสภาพในบ้านที่ไม่สามารถจัดการให้คงสภาพเรียบร้อยได้

(5) ความมั่นใจของมารดาในการปฏิบัติพัฒนาจิตตามบทบาทการเป็นมารดา มารดาจะต้องมีการตัดสินใจ มีความเชื่อมั่นที่จะแสดงบทบาทตามความรู้ ความเข้าใจของตน ต่อหน้าที่ของมารดาในการเลี้ยงดูบุตร โดยมารดาที่ปรับตัวได้จะเรียนรู้ถึงการผ่อนคลายความวิตกกังวลต่อบทบาทการเป็นมารดา เข้าใจถึงความต้องการของบุตร วิธีการดูแลบุตรและตอบสนองความต้องการของบุตรได้อย่างเหมาะสม

(6) ความพึงพอใจในการเลี้ยงดูบุตร มารดาจะต้องมีการปรับตัวต่อกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลบุตร เช่น การให้นมมารดา การดูแลเรื่องความสะอาด การกอดรัดอุ้มบุตร และสามารถตอบสนองความต้องการของบุตรได้อย่างมีความสุข

(7) การรับรู้ถึงการสนับสนุนที่ได้จากญาติและเพื่อนๆ ในระยะ 6-8 สัปดาห์ภายหลังจากคลอดบุตร มารดาจะประเมินความสัมพันธ์ระหว่างตนเอง สามีและญาติพี่น้อง รวมทั้งเพื่อนๆ ถึงความคาดหวังในการยอมรับจากบุคคลต่างๆ ดังกล่าวในบทบาทมารดาที่ตนแสดง ทั้งนี้การรับรู้ถึงความเห็นอกเห็นใจและการแนะนำในบทบาทที่แสดงออก ด้วยความเอื้ออาทรต่อบทบาทที่ใกล้ชิด จะทำให้มารดาสามารถปรับตัวต่อบทบาทได้เหมาะสมยิ่งขึ้น หากมารดาไม่สามารถปรับตัวยอมรับคำแนะนำต่างๆ โดยเห็นว่าเป็นการกำหนดเงื่อนไขในหน้าที่มารดาที่บกพร่องของตนเอง จะทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างมารดากับบุคคลต่างๆ เหล่านั้น ทำให้มารดารู้สึกขาดผู้ช่วยเหลือ รู้สึกโดดเดี่ยวขาดรูปแบบบทบาทที่จะเรียนรู้ ทำให้ประสบความสำเร็จยากในการปรับตัวในระยะต่อไปได้

จากแนวคิดของลีเคอร์แมนและคณะ<sup>(54)</sup> ที่กล่าวมาข้างต้นได้อธิบายว่าในระยะหลังคลอดมารดาจะต้องปรับตัวตามพัฒนาการต่อบทบาทและความรับผิดชอบของการเป็นมารดา และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวโดยรวม มารดาต้องสร้างสัมพันธ์กับสามีเพื่อดำรงคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ปรับตัวจากประสบการณ์ในระยะการเจ็บครรภ์และระยะคลอด ปรับตัวต่อสภาพชีวิตและฐานะของครอบครัว ปรับตัวในการดูแลบุตรรวมทั้งมารดาต้องมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรคลอดจนปรับตัวในการรับรู้ถึงการสนับสนุนที่ได้จากญาติและเพื่อนๆ

#### ข. ทารกแรกเกิด

ประพุทธ ศิริปุษย์<sup>(55)</sup> ได้ให้คำจำกัดความของทารกแรกเกิดว่าหมายถึงทารกในช่วงเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงอายุ 28 วัน ซึ่งนับเป็นช่วงอายุที่มีความสำคัญมากของชีวิต มีโอกาสเกิดภาวะผิดปกติและมีอัตราตายในช่วงอายุนี้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 7 วันแรกสูงกว่าระยะอื่นๆ ของชีวิต เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นหลังจากที่เกิดจากครรภ์มารดา ทารกต้องมีการปรับตัวเองทางสรีรวิทยา นอกจากนี้ทารกยังมีภูมิคุ้มกันที่ไม่สมบูรณ์ จึงทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ได้ง่ายโดยเฉพาะโรคติดเชื้อ

ทารกเกิดครบกำหนด (term) หมายถึง ระยะเวลาของการตั้งครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ถึงน้อยกว่า 42 สัปดาห์ (259-293 วัน)

#### 1. การจำแนกทารกแรกเกิดตามน้ำหนักตัวและอายุครรภ์<sup>(56)</sup> (classification of newborn infants by birth weight and gestational age)

ก. การจำแนกทารกแรกเกิดตามน้ำหนักตัวแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

(1) **Low birth weight infant (LBW infant)** คือทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมในกลุ่มนี้อาจแบ่งย่อยเป็น **very low birth weight** คือน้ำหนักต่ำกว่า 1,500 กรัม และ **extremely low birth weight** คือน้ำหนักต่ำกว่า 1,000 กรัม

(2) **Normal birth weight infant (NBW infant)** คือทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิด 2,500 กรัมถึงประมาณ 3,800-4,000 กรัม

จ. การจำแนกตามอายุครรภ์ WHO กำหนดไว้ดังนี้

(1) ทารกเกิดก่อนกำหนด (**preterm infant**) หมายถึงทารกที่มีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์เต็มหรือต่ำกว่านี้

(2) ทารกครบกำหนด (**term of mature infant**) หมายถึงทารกที่มีอายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ ถึง 41 สัปดาห์

(3) ทารกเกินกำหนด (**post term**) คือทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 41 สัปดาห์

2 ภาวะวิกฤติของทารกแรกเกิด (neonatal emergencies)<sup>(56)</sup> ได้แก่

ก. **birth asphyxia** คือการขาดออกซิเจนระหว่างคลอด

ข. **shock** คือภาวะช็อก สาเหตุของการเกิดช็อกในทารกแรกเกิดมีต่างๆ เช่น เสียเลือด **birth asphyxia** ดัดเชื้ออย่างรุนแรง

ค. **surgical emergencies** คือการผ่าตัดอย่างรีบด่วนในระยะแรกเกิดส่วนใหญ่ เกิดจาก ความพิการแต่กำเนิด เช่น **choanal atresia, diaphragmatic hernia, esophageal atresia**

ง. **apnea** หมายถึงการหยุดหายใจที่มีอาการหัวใจเต้นช้า (<100/ นาที) หรือ มีอาการตัวเขียวร่วมด้วย มักเกิดขึ้นภายหลังหยุดหายใจนานเกิน 20 วินาที

จ. **seizures** คืออาการชักเนื่องจากความผิดปกติของการทำงานของสมองและ อาจมีผลทำลายเนื้อสมอง

ฉ. **pneumothorax** ส่วนใหญ่เป็นชนิด **tension pneumothorax** ทารกจะมี อาการหายใจลำบาก ซีด เขียว หัวใจอาจเคลื่อนไปด้านตรงข้าม มีหน้าอกหรือท้องโป่ง

ช. **extremely premature infants** หมายถึงทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 30 สัปดาห์ น้ำหนักตัวมักจะต่ำกว่า 1,500 กรัม

ซ. **hydrops fetalis** หมายถึงทารกที่มีอาการตัวบวมทั้งตัว (**generalized anasarca**) ซีดและมีภาวะหัวใจล้มเหลว

3 พื้นฐานอารมณ์ (temperament)<sup>(57)</sup> หมายถึงความโน้มเอียงของลักษณะอารมณ์ของเด็กแต่ละคนที่แสดงออกในการตอบสนองต่อสภาวะแวดล้อม ทั้งภายในและภายนอกซึ่งสามารถสังเกตได้ตั้งแต่ในวัยเด็กเล็ก เรื่องพื้นฐานอารมณ์นี้ **Thomas, Chess, Birch** ได้ศึกษาและกล่าวถึงลักษณะพื้นฐานอารมณ์เหล่านี้ อาจสังเกตได้ตั้งแต่เด็กอายุ 2-3 เดือน

ก. ปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อลักษณะพื้นฐานอารมณ์

ลักษณะพื้นฐานอารมณ์ (**temperamental characteristics**) เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกัน แบ่งออกเป็น 9 ด้านดังนี้

- (1) ระดับการเคลื่อนไหว (activity level)
- (2) จังหวะและความสม่ำเสมอ (rhythmicity)
- (3) การเข้าใกล้หรือถอยหนี (approach or Withdrawal)
- (4) ความสามารถในการปรับตัว (adaptability)
- (5) ความทนได้ (threshold of responsiveness)
- (6) ความรุนแรงของการตอบสนอง (intensity of reaction)
- (7) ลักษณะอารมณ์ (quality of mood)
- (8) ความวอกแวก (distractibility)
- (9) ความคงที่ของช่วงความสนใจ (attention span & persistence)

ข. การแบ่งเด็กเป็นกลุ่มตามลักษณะพื้นฐานอารมณ์

จากการศึกษาของ **Thomas Chess** เกี่ยวกับพื้นฐานอารมณ์ ได้แบ่งเด็กเป็นกลุ่มตามลักษณะพื้นฐานอารมณ์ดังนี้

(1) **เด็กเลี้ยงง่าย (easy child)** เด็กกลุ่มนี้มีลักษณะการทำงานของสรีระวิทยาของร่างกายที่สม่ำเสมอเข้าใกล้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทางที่ดี เด็กที่มีลักษณะดังกล่าวเรียกว่าเด็กที่มีพื้นฐานอารมณ์แบบ “เด็กเลี้ยงง่าย” (easy child) เด็กกลุ่มนี้มีประมาณร้อยละ 40

(2) **เด็กเลี้ยงยาก (difficult child)** เด็กกลุ่มนี้มีลักษณะตรงกันข้ามกับพวกแรก โดยที่เด็กกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีสรีระวิทยาของร่างกายทำหน้าที่ไม่สม่ำเสมอ ตอบสนองต่อสิ่งเร้าใหม่ๆด้วยการถอยหนี และมักเป็นไปทางด้านลบเป็นส่วนใหญ่ เด็กกลุ่มนี้มักจะมีเวลาการนอนและการรับประทานอาหารที่ไม่สม่ำเสมอ การปรับตัวตามกิจวัตรประจำวันกับบุคคลหรือสถานที่แปลกใหม่ต้องใช้ระยะเวลาานาน เวลาโกรธจะแสดงอารมณ์โกรธอย่างมากมักมีการลงมือลงเท้า (**temper tantrum**) เด็กกลุ่มนี้มีประมาณร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง

(3) **เด็กปรับตัวช้า (slow to warm up)** เด็กกลุ่มนี้มีการตอบสนองต่อสิ่งใหม่ๆ ในด้านลบระดับกลาง และจะค่อยๆ ปรับตัวภายหลังจากรับสิ่งเร้าใหม่นั้นซ้ำๆ เด็กกลุ่มนี้จะมี การตอบสนองรุนแรงปานกลางไม่ว่าจะเป็นการตอบสนองด้านบวกหรือด้านลบ และการทำหน้าที่ของร่างกายมีความไม่สม่ำเสมอน้อยกว่าเด็กที่พื้นฐานอารมณ์แบบเด็กเลี้ยงยาก เด็กกลุ่มนี้มีลักษณะอ่อนไหวง่ายและขี้อาย เด็กกลุ่มนี้มีอยู่ประมาณร้อยละ 15 ของกลุ่มตัวอย่าง

(4) **พื้นฐานอารมณ์แบบผสม (mixed type)** เป็นเด็กที่มีพื้นฐานตามแบบเด็กเลี้ยงง่าย แต่ไม่ง่ายเสมอไปทุกเรื่อง บางคนปรับตัวช้าในสถานการณ์และความต้องการใหม่ๆ เด็กบางคนปรับตัวช้าเฉพาะสิ่งเร้าบางอย่าง แต่ปรับตัวได้เร็วในสิ่งเร้าอื่นๆ เด็กที่มีพื้นฐานอารมณ์แบบผสมมีอยู่ประมาณร้อยละ 35 ของกลุ่มตัวอย่าง

### ค. โครงการ “นมแม่”

โครงการ “นมแม่” หมายถึง โครงการที่สนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาให้สำเร็จของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โครงการนี้เป็นการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ คลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด ห้องเด็ก หลังคลอด และหน่วยวางแผนครอบครัว โดยยึดหลักในการปฏิบัติตามบันได 10 ขั้น เพื่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก

#### 1. บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ten steps to successful breastfeeding)<sup>(58)</sup> มีดังนี้

ก. มีนโยบายการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นลายลักษณ์อักษรที่สื่อสารกับบุคลากรทาง การแพทย์และสาธารณสุขทุกคนได้เป็นประจำ (have a written breastfeeding policy that is routinely communicated to all healthcare staff)

ข. ฝึกอบรมบุคลากรให้มีความชำนาญในการปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จตามนโยบาย (train all healthcare staff in skills necessary to implement this policy)

ค. ให้ความรู้เรื่องประโยชน์ของนมมารดา และวิธีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกคน (inform all pregnant women about the benefits and management of breastfeeding)

ง. ช่วยเหลือมารดาให้นมบุตรภายใน 30 นาทีหลังคลอด (help mothers initiate breastfeeding within a half-hour of birth) ได้ประโยชน์หลายประการ ได้แก่

(1) ป้องกันนมคัด

(2) ทำให้มีการสร้างน้ำนมจะเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ

(3) สัมผัสระหว่างมารดา-ทารกครั้งแรกเรียกว่า **bonding**

ขั้นตอนนี้ปฏิบัติในห้องคลอด โดยนำทารกมาวางบนอกมารดาภายใน 30 นาทีหลังแรกคลอด (**bonding**) โดยให้เกิด **skin-to-skin contact** ระหว่างมารดา-ทารก เด็กจะดูดนมได้ (**first sucking**) จากการศึกษาพบว่า การให้ทารกดูดนมครั้งแรกภายใน 16 ชั่วโมงหลังคลอด ช่วยส่งเสริมให้อัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพิ่มขึ้น

จ. สอนวิธีการให้นมบุตรที่ถูกต้อง ทำอย่างไรน้ำนมจะออกเพียงพอ ถึงแม้มารดา-ทารกจะแยกกันอยู่ (show mothers how to breastfeed, and how to maintain lactation even if they should be separated from their infants)

ฉ. การไม่ให้สารอาหารหรือเครื่องดื่มแก่ทารกนอกเหนือจากนมมารดา ยกเว้นมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (give newborn infants no food or drink other than breast milk, unless medically indicated)

ข. ให้มารดาและทารกอยู่ห้องเดียวกันตลอดเวลา (**practice rooming -in allow mothers and infants to remain together 24 hour a day**) ได้ประโยชน์ดังนี้

(1) ทำให้น้ำนมออกเร็ว

(2) ช่วยกระตุ้นให้การสร้างน้ำนม (**milk production**) เพิ่มเร็วขึ้น

ข. ให้ทารกดูดนมเมื่อทารกต้องการ (**encourage breastfeeding on demand**)

ฅ. ไม่ให้ทารกดูดหัวนมยางหรือหัวนมหลอก (**give no artificial teats or pacifiers to breastfeeding infants**)

ฉ. ควรมีบุคคลหรือกลุ่มสนับสนุนนมมารดาหลังคลอดเมื่อกลับบ้าน (**foster the establishment of breastfeeding support group and refer mothers to them on discharge from the hospital or clinic**) การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นภาระหนักของผู้เป็นมารดา ดังนั้นเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น มารดาจึงต้องการความช่วยเหลือและกำลังใจจากคนใกล้ชิด กลุ่มสนับสนุนนมมารดาที่สำคัญคือ บุคลากรทางการแพทย์ สมาชิกทุกคนในบ้าน บุคคลใกล้ชิดนอกบ้าน เช่น เพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง

## 2 การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

ก. การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (**complementary breastfeeding**) หมายถึง การปฏิบัติตัวของมารดาเกี่ยวกับการให้นมมารดาแก่บุตรในช่วงแรกเกิด - 3 เดือน ประกอบด้วย การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว นมมารดาร่วมกับน้ำและ / หรือน้ำผลไม้ นมมารดาร่วมกับนมผสม และการเลี้ยงบุตรด้วยนมผสมอย่างเดียว

ข. การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว (**exclusive breastfeeding**) หมายถึง การได้รับนมมารดาอย่างเดียว โดยไม่มีน้ำหรืออาหารอื่นยกเว้นยาลดไข้ วิตามิน โฟลิวัด เอ็ก แสงศิริ<sup>(59)</sup> อธิบายว่านมมารดาเป็นนมที่เหมาะสมที่สุด มีอุณหภูมิพอเหมาะและไม่ต้องการฆ่าเชื้อโรคมีปริมาณเพียงพอแก่ทารกจนอายุ 4-6 เดือน มีสารอาหารครบถ้วน การให้น้ำนมมารดาแก่ทารก ทำให้บุตรมีความรู้สึกอบอุ่นและมั่นใจ เป็นการสร้างสื่อสัมพันธ์อันดีระหว่างมารดากับบุตร

ศิริภรณ์ สวัสดิการ<sup>(60)</sup> กล่าวถึงประโยชน์ที่เห็นชัดเจนในทารกอายุ 4-6 เดือนแรกที่ได้รับนมมารดาอย่างเดียว (**exclusive breastfeeding**) ว่าเหมาะสมกับสมองของทารกที่กำลังเติบโตอย่างรวดเร็ว เด็กที่ได้รับนมมารดาอย่างถูกต้องและนานพอ จะมีระดับพัฒนาการทางสมองดีกว่าเด็กที่ไม่ได้รับนมมารดา 3-10 จุด การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จึงเป็นการเลี้ยงบุตรที่ให้ทิศทาง ให้ต้นทุนสุขภาพที่ดีให้กับทารก

ค. ผลสำรวจการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา การสำรวจของกลุ่มนมแม่เมื่อปีพ.ศ. 2548<sup>(61)</sup> พบว่าร้อยละ 95 ของมารดาที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวทำได้มากที่สุดในช่วงอายุ 3-6 วัน 7 วัน-2 สัปดาห์ และระหว่าง 1-2 เดือนตามลำดับ และอัตรามารดาไทยที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือนตามข้อเสนอแนะขององค์การยูนิเซฟ (**unicef**) ทำได้น้อยมากคือร้อยละ 1.3

แสดงให้เห็นว่ามารดาที่มีความตั้งใจที่จะเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยังขาดความรู้ ความเข้าใจและทักษะที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดี่ยว รวมทั้งการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม ทั้งจากบุคคลในครอบครัว ที่ทำงาน และบุคลากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสม อุปสรรคสำคัญที่ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาไม่สำเร็จ ก็ือมารดาต้องทำงานนอกบ้านและปริมาณน้ำนมมี ไม่มากพอ นอกจากนี้มีปัญหาที่เต้านม-หัวนม และความเชื่อของสังคม

ง. การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาในระยะหลังคลอด<sup>(62)</sup> มารดาควรได้รับการดูแลการคลอดให้เป็นไปโดยธรรมชาติ หลีกเลี่ยงการใช้หัตถการ ยา หรือสารที่ถูกขับออกทางน้ำนมโดยไม่จำเป็น เช่น **alcohol, babilurates, laxative** และ **diuretics** เป็นต้น ควรสอบถามความต้องการของมารดาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จัดให้มารดากับบุตรได้อยู่ด้วยกัน (**rooming-in**) หรือนอนเตียงเดียวกับมารดา (**bedding-in**) สร้างความมั่นใจให้แก่มารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาและให้การช่วยเหลือโดยให้บุตรดูดนมมารดาโดยเร็ว งดบอ่ยอย่างสม่ำเสมอ และดูแลอย่างถูกวิธี

สายสัมพันธ์แม่-ลูก (**bonding & early breastfeeding**)<sup>(62)</sup>

- **bonding** หมายถึงความผูกพันหรือสายสัมพันธ์ของแม่ที่มีต่อลูก
- **early breast feeding** หมายถึงการช่วยให้ลูกดูดนมแม่ภายในครึ่งถึงหนึ่ง

ชั่วโมงแรกเกิด

กระบวนการทั้งสองอย่างนี้ ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เกิดขึ้นที่ห้องคลอดและจะประสบความสำเร็จได้ มารดาและทารกต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

จ. ประโยชน์ของสายสัมพันธ์แม่-ลูก<sup>(63)</sup> การให้แม่และลูกมีการสัมผัสกันตั้งแต่อยู่ในห้องคลอดและอยู่ด้วยกันมากที่สุดขณะอยู่โรงพยาบาล (**rooming in**) เพื่อให้สร้างสายสัมพันธ์กัน ส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการให้นมแม่เพิ่มขึ้น มารดาที่ถูกละเมิดและทำทารุณกรรม (**abuse**) น้อยลง แม่มีความสามารถในการดูแลลูกมากขึ้น ลดภาระงานของพยาบาล ลดการติดเชื้อในลูก และลูกกลับบ้านได้เร็วขึ้น

ฉ. ผลต่อจิตใจของการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา<sup>(63)</sup> ความรู้สึกทางด้านจิตใจของมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมมารดากับนมผสมแตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่ามีความแตกต่างทั้งทางอารมณ์ พฤติกรรม ความรัก และความอบอุ่น การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดามีผลต่อจิตใจมารดาดังนี้

(1) ความสุขใจที่ตระหนักว่านมมารดาช่วยให้ลูกเติบโตและพัฒนาได้

ดีกว่า

(2) สำหรับมารดาที่มีรายได้น้อย หมดความกังวลด้านค่าใช้จ่ายของนมผสม และคำปรึกษาความเจ็บป่วย

(3) การอุ้มทารกดูดนมมารดา ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกที่มีลักษณะเฉพาะ มีความใกล้ชิดด้วยการสัมผัสทางผิวหนัง (**skin-to-skin contact**) ขณะให้การ



ดูแลและให้อาหาร การดูดของลูกกระตุ้นให้มารดาหลังของฮอร์โมน **prolactin** ทำให้มารดามีความรู้สึกสงบและตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดจาก **adrenaline** น้อยลง

(4) มารดาได้สัมผัสลูกเร็ว ด้วยการให้ลูกดูดนมเร็วหลังคลอด แสดงพฤติกรรมของการสร้างสายสัมพันธ์กับลูกมากกว่ามารดาที่ไม่ได้สัมผัสลูกเร็วและเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา

#### (5) การเห็นคุณค่าของตัวเองของมารดา (self-esteem)

ช. ความแตกต่างทางอารมณ์ระหว่างมารดาที่ให้นมมารดากับนมผสม มารดาที่ให้นมผสมมีความวิตกกังวล ความเครียด ซึมเศร้า พฤติกรรมดกคดอย เมื่อยล้า และรู้สึกผิดมากกว่ามารดาที่ให้นมมารดา ทั้งในขณะที่ไม่ได้ให้นมและขณะกำลังให้นมบุตร<sup>(64)</sup> อิทธิพลจากสรีรวิทยาของการให้นมมารดา มีผลทำให้มารดาที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีความรู้สึกผ่อนคลายพร้อมที่จะแสดงปฏิสัมพันธ์กับบุตรและมีความพึงพอใจกับประสบการณ์การให้นมบุตรมากกว่า<sup>(65)</sup>

## 2. ภาวะวิตกกังวล (anxiety)

### ก. ความหมายของภาวะวิตกกังวล

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์<sup>(66)</sup> ให้ความหมายว่าภาวะวิตกกังวลเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไป ซึ่งมักมีอาการตึงเครียด ระวัง ระแวง บางครั้งอาจตื่นตระหนกกับเรื่องต่างๆ ในชีวิตประจำวัน มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ เช่น เหงื่อแตก ใจสั่น ใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ท้องไส้ปั่นป่วน ความวิตกกังวลนี้มักจะพบเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด จะถือว่าเป็นความวิตกกังวลที่ผิดปกติ (disorders) ต่อเมื่อความวิตกกังวลนี้มีมากจนรบกวนกิจกรรมประจำวันหรือเป้าหมายของงานต่างๆ และกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกอย่างมาก

รวีวรรณ นิเวศพันธุ์<sup>(67)</sup> ให้ความหมายว่าอาการวิตกกังวลเป็นกลุ่มอาการที่รู้สึกว่าคุณเอง ไม่สบาย กระวนกระวายใจ และมีอาการไม่สบายต่างๆ เช่น จุกแน่น อึดอัดในอกหรือหัวใจ เหงื่อออกตามแขนขา ปวดศีรษะ ปวดปัสสาวะทันที (ANS disturbance) ลูกลึกลูกกลนเดินไปมาแขนขาสั่น (psychomotor) นอกจากนี้อาการวิตกกังวลยังเป็นผลต่อการรับรู้ต่างๆ และความคิด (cognition) โดยทำให้สมาธิ ความจำไม่ดี และการแปลความหมายสิ่งที่ได้รับมาผิดพลาดได้ สิ่งที่วิตกกังวลมีได้หลายอย่าง เช่น รู้สึกร้อนรุ่มในใจโดยมีสาเหตุชัดเจน เป็นความวิตกกังวลโดยรวมของหลายสิ่งหลายอย่าง เช่น สุขภาพ ความสำเร็จของหน้าที่การงาน ปัญหาของชีวิตแต่งงาน คู่สมรส เป็นต้น

ภาวะวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งจะมากขึ้นอยู่กับการรับรู้ การคาดการณ์ล่วงหน้า และการคิดประเมินเหตุการณ์ของแต่ละบุคคล ทำให้มีลักษณะของความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่แน่ใจ<sup>(68)</sup>

ความวิตกกังวล (**anxiety**)<sup>(69)</sup> คือการคาดหมาย (**anticipation**) ว่าจะมีอันตราย (**danger**) หรือ โศคร้าย ซึ่งทำให้รู้สึกไม่สบายใจ อาการอื่นที่อาจพบร่วมด้วยคือความรู้สึกซึมเศร้า (**feeling of dysphoria**) และอาการทางกายของความตึงเครียด (**somatic symptoms of tension**) ความหมายของคำว่า “อันตราย” ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลเป็นสิ่งที่ผู้วิตกกังวลไม่รู้เกิดจากจิตใจภายในและไม่ชัดเจน ซึ่งต่างจากอันตรายที่ก่อให้เกิดความกลัว (**fear**) ซึ่งผู้วิตกกังวลรู้ เกิดจากภายนอกและชัดเจน

โรควิตกกังวล (**anxiety disorders**) เป็นกลุ่มโรคที่มีความวิตกกังวลและการหลีกเลี่ยง (**avoidance**) เป็นอาการสำคัญ โดยทั่วไปแล้วอาการของผู้ป่วยโรควิตกกังวล (**anxiety disorders**) อาจดีขึ้นเองได้ แต่อาการของผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ที่ไม่ดีขึ้นหรือก่อให้เกิดทุพพลภาพ (**disability**) เป็นเวลานานหลายปี

ภาวะวิตกกังวลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสรีรวิทยา เป็นผลเนื่องมาจากการเร่งการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เพื่อตอบสนองต่อภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้น อาการและอาการแสดง ได้แก่ หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น การไหลเวียนของเลือดไปยังสมองเพิ่มขึ้น แน่นหน้าอก ความดันโลหิตสูงขึ้น ปวดศีรษะ เป็นลม ถอนหายใจบ่อยๆ หายใจถี่และเร็ว หน้ามืด ใจสั่น หน้าแดงหรือซีด เหงื่อออกมาก ม่านตาขยาย ท้องอืด ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ระบบขับถ่ายอุจจาระผิดปกติและประจำเดือนผิดปกติ และเกิดความเครียดที่ระบบการเคลื่อนไหว (**motor tension**) ทำให้เกิดอาการสั่น งุ่มง่าม ควบคุมการเคลื่อนไหวได้ยาก มีอาการเกร็ง ไม่สามารถผ่อนคลายได้ นอกจากนี้ภาวะวิตกกังวลยังเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนบางชนิด ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการต่างๆ ภายในร่างกาย โดยต่อมหมวกไตจะหลั่งฮอร์โมน **epinephrine** และ **norepinephrine** มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้นและกระตุ้นระบบประสาท **sympathetic** ซึ่งหากมีปริมาณจะกระตุ้นให้ร่างกายตื่นตัวมากจนไม่อาจควบคุมได้ และ **glucocorticoid** หากหลั่งมากจะทำให้ร่างกายหมดแรง การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจเกิดจากความรู้สึกขัดแย้งและความไม่แน่ใจ ซึ่งแสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกเครียด อึดอัด หวาดหวั่น กลัว กังวล ไม่สบายใจ หงุดหงิด โกรธ ตื่นเต้นตกใจง่าย รู้สึกว่ามีบางสิ่งบางอย่างเลวร้ายเกิดขึ้น และรู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยตนได้ จึงอาจมีอาการเศร้า มีความรู้สึกผิด รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง นอกจากนี้ยังทำให้หมกมุ่นครุ่นคิด ไม่มีสมาธิ การตัดสินใจไม่ดี การรับรู้ผิดพลาด ความจำและความสนใจสิ่งแวดลอมลดลง การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมเมื่อมีภาวะวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาหลายรูปแบบ ทั้งที่เป็นคำพูดและท่าทาง ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง กำมือแน่น เคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดหมาย มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง พูดจาชวนทะเลาะ พูดเร็ว พูดเสียงดังหรือเบา พูดติดอ่าง พูดซ้ำๆ ในเรื่องเดิม บ่นจู้จี้ ไม่อดทน ถลอกตาไปมา

#### ข. สาเหตุของการเกิดภาวะวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวลเกิดได้จากหลายสาเหตุ แต่ละสาเหตุมีผลกระทบซึ่งกันและกัน

Wallace<sup>(69)</sup> ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะวิตกกังวลได้ 3 ประการ ดังนี้

1. ภาวะวิตกกังวลจากพัฒนาการของชีวิต เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยรุ่น เข้าสู่วัยผู้ใหญ่ หรือจากผู้ใหญ่เข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ส่งผลให้บุคคลเกิดความคับข้องใจและวิตกกังวล

2. ภาวะวิตกกังวลจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ เช่น การเจ็บป่วยทางกายหรือมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน

3. ภาวะวิตกกังวลจากสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความเจ็บป่วย ความขัดแย้งระหว่างบุคคล

#### ค. ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger แบ่งความวิตกกังวลตามลักษณะที่แสดงออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความวิตกกังวลที่เป็นบุคลิกภาพประจำตัว (**Trait Anxiety or A-Trait**) คือ ความวิตกกังวล ที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างคงที่จะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริมหรือตัวประกอบของความคิดกังวล ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ (**A-state**) เช่น เมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจหรือจะเป็นอันตรายมากระตุ้น บุคคลที่มีบุคลิกภาพของความวิตกกังวลค่อนข้างสูง จะรับรู้สิ่งเร้านั้นได้เร็วกว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพของความวิตกกังวลที่ต่ำกว่า

2. ความวิตกกังวลซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ (**State Anxiety or A-State**) คือ ความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เฉพาะบางอย่างเกิดขึ้น หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือเกิดอันตรายมากระตุ้น และแสดงพฤติกรรมได้ตอบ ซึ่งสามารถสังเกตได้ในช่วงระยะเวลาที่ถูกกระตุ้นนั้น เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่ามีความตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะความวิตกกังวลที่เป็นบุคลิกภาพประจำตัว (**Trait Anxiety or A-Trait**) และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

ดังนั้นความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดจึงจัดเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ หรือความวิตกกังวลซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ (**State Anxiety or A-State**)

#### ง. ระดับความวิตกกังวล

Peupal ได้แบ่งระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในด้านความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกเป็น 4 ระดับ คือ

1. ความวิตกกังวลในระดับอ่อน (**mild anxiety**) ความวิตกกังวลนี้พบได้ทั่วไป เช่น ความตึงเครียด จากการดำรงชีวิตประจำวันเป็นระดับที่ทำให้บุคคลเกิดความตื่นตัว กระตือรือร้นที่จะ

เอาชนะปัญหา มีการรับรู้ที่ว่องไว ความจำดี สมาธิดี อารมณ์และการกระทำไม่เปลี่ยนไปจากปกติมากนัก มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเนื่องจากระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น

**2 ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (moderate anxiety)** มีผลทำให้ประสาทสัมผัสและการรับรู้แคบลง ความสนใจน้อยลง ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง อาจมีอาการทางร่างกาย เช่น หายใจเข้าออกแรง มีความรู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหารหรือปวดศีรษะ

**3 ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (severe anxiety)** มีความรุนแรงมากขึ้นกว่าปกติ มีผลทำให้ประสาทสัมผัสและการรับรู้กับแคบลงมาก ทำให้หมกมุ่นในรายละเอียดมากเกินไป ไม่สามารถจับสาระสำคัญของเรื่องใดได้ ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง และทำงานได้ไม่เต็มสมรรถภาพ เกิดความสับสนบ่อยครั้ง พฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อปกป้องตนเองมีมากขึ้น และมีเป็นพฤติกรรมซ้ำๆที่สังเกตได้ เช่น กระวนกระวาย หงุดหงิด โมโหง่าย เรียกร้องเกินกว่าเหตุ

**4 ความวิตกกังวลระดับท่วมท้นหรือตื่นกลัวสุดขีด (panic anxiety)** มีผลให้บุคคลเกิดความกลัวอย่างรุนแรง เนื่องจากพลังงานที่เกิดในตัวบุคคลมีมากที่สุด ทำให้บุคคลขาดการควบคุมตนเอง สามารถแสดงพฤติกรรมที่ไม่มีในยามปกติ

#### จ. ผลกระทบจากภาวะวิตกกังวล

Zung ให้ข้อคิดเห็นว่าภาวะวิตกกังวลเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลไม่เป็นสุข ถ้ามีมากถึงระดับหนึ่ง ก็จะเป็นเหตุให้บุคคลไม่สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์กับตนเองและผู้อื่น ได้อย่างเต็มที่ ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีดังนี้

**1. ด้านร่างกาย** ความวิตกกังวลมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทชีวเคมีและสรีรวิทยา ทำให้การควบคุมสมดุลของเกลือแร่ต่างๆ การเผาผลาญอาหารและระบบกล้ามเนื้อ มีการทำงานที่ผิดปกติไปจากเดิม ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย และถ้ามีอาการเจ็บป่วยอยู่เดิมก็จะทำให้เกิดอาการของโรครุนแรงขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกายและความดันโลหิต กล้ามเนื้อเกร็ง ปัสสาวะบ่อย เบื่ออาหาร เหงื่อออก นอนไม่หลับ ม่านตาขยาย ตัวสั่น เป็นต้น

**2. ด้านจิตใจ** ได้แก่ ความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวาย หวาดหวั่น กลัวโดยไม่มีเหตุผล ตกใจง่าย ขาดสมาธิ รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ มีการคาดการณ์ไปยั้งภัยและอันตรายที่ยังไม่เกิดขึ้น รู้สึกกลัวตาย จิตใจฟุ้งซ่าน

**3. ด้านพฤติกรรม** เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาหลายรูปแบบทั้งที่เป็นคำพูดและท่าทาง ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง กำมือ มือสั่น นอนไม่หลับ พูดซ้ำๆ ในเรื่องเดิม เป็นต้น

ก. พฤติกรรมการแสดงออกจำแนกได้เป็น **4** กลุ่มใหญ่ๆ คือ

**(1) acting-out behavior** พฤติกรรมที่เป็นการบ่งแสดงความรู้สึกภายใน ออกมาอย่างเปิดเผย (**overt behavior**) ได้แก่ ความหงุดหงิด โมโหง่าย โกรธ พุดจาชวนทะเลาะ

ท่าทางกระสับกระส่าย ส่วนพฤติกรรมแบบซ่อนเร้น (**covert behavior**) ได้แก่ ความรู้สึกขุ่นเคือง ไม่เป็นมิตรที่เก็บซ่อนไว้

(2) **somatizing** เป็นการลดภาวะวิตกกังวล โดยการเบนความสนใจไปสู่ อาการหรือความเจ็บปวดทางร่างกาย

(3) **freezing to the spot** คือ การชะงักงันอยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลพฤติกรรม การแสดงออก

(4) **using the anxiety in the service of learning** มีพฤติกรรมในรูปแบบที่พยายามทำความเข้าใจในวิธีการที่ตนเองใช้ เพื่อขจัดภาวะวิตกกังวล และทำความเข้าใจในวิธีการที่ตนเองใช้ เพื่อขจัดภาวะวิตกกังวล หาสมาเหตุว่าอะไรทำให้ตนอึดอัด

ตารางที่ 1 อาการวิตกกังวลที่แสดงออกมาทางร่างกาย<sup>(67)</sup>

อาการทางกาย (physical signs)	อาการทางจิตใจ (psychological symptoms)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ใจสั่น บิดไปมา ตัวสั่น (<b>trembling twitching feeling shaky</b>)</li> <li>- ปวดหลัง ปวดศีรษะ (<b>backache, headache</b>)</li> <li>- ปวดกล้ามเนื้อ (<b>muscle tension</b>)</li> <li>- หายใจไม่อิ่มหรือหายใจขัด (<b>short of breath, hyperventilation</b>)</li> <li>- เหนื่อยล้า (<b>fatigability</b>)</li> <li>- ตื่นตระหนก (<b>startle response</b>)</li> <li>- กระสับกระส่าย (<b>autonomic hyperactivity</b>)</li> <li>- หน้าแดง หน้าซีด (<b>flushing and pallor</b>)</li> <li>- หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น เหงื่อแตก (<b>tachycardia, palpitations</b>)</li> <li>- เหงื่อแตก (<b>sweating</b>)</li> <li>- มือเย็น (<b>cold hands</b>)</li> <li>- ท้องเสีย (<b>diarrhea</b>)</li> <li>- ปากแห้ง (<b>dry mouth/xerostomia</b>)</li> <li>- ปัสสาวะบ่อย (<b>urinary frequency</b>)</li> <li>- การรับรู้ความรู้สึกที่ผิดปกติ (<b>paresthesia</b>)</li> <li>- กลืนลำบาก (<b>difficulty swallowing</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รู้สึกกลัว (<b>feeling of dread</b>)</li> <li>- ไม่มีสมาธิ (<b>difficulty concentration</b>)</li> <li>- หวาดระแวง (<b>hypervigilance</b>)</li> <li>- นอนไม่หลับ (<b>insomnia</b>)</li> <li>- ความรู้สึกทางเพศลดลง (<b>decreased libido</b>)</li> <li>- รู้สึกติดคอ (“<b>Lump in the throat</b>”)</li> <li>- ท้องไส้ปั่นป่วน (<b>upset stomach “butterflies”</b>)</li> </ul>

## ฉ. โรคในกลุ่มวิตกกังวล (*anxiety disorders*)

### 1. โรคแพนิก (*panic disorder*) และ *agoraphobia*<sup>(67)</sup>

มีอาการของ **panic attack** ขณะกำลังทำอะไรบางอย่างอยู่ เช่น กำลังอยู่ในงานเลี้ยง ขณะขับรถ หรือขณะกำลังจะนอนหลับ อาการเกิดขึ้นทันทีทันใดและมีความรู้สึกกลัวและผู้ป่วยบอกไม่ได้ว่ากลัวอะไร อาการรุนแรงจนคนที่เขาคิดว่าตนเองกำลังจะตายหรือรู้สึกว่าควบคุมสติตนเองไม่อยู่กำลังจะเป็นบ้า อาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วจนมีอาการสูงสุดประมาณเป็นนาทีหรือวินาที และหายไปเองในที่สุด ผู้ป่วยจะไม่รู้ตัวว่าจะเกิดอาการขึ้นมาเวลาไหน ที่ไหน และสถานการณ์ไหน แต่คนที่เขาคิดว่าเป็นจะระแวงระวังต่อสถานการณ์ที่เคยมีอาการ **panic attack** เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สบายและทรมานมากและพยายามออกจากสถานการณ์นั้นเพื่อไปพบแพทย์

### 2. โรคกลัวบางอย่างเฉพาะและโรคกลัวสังคม (*specific phobia and social phobia*)<sup>(67)</sup>

ก. โรคกลัวบางอย่างเฉพาะ (*specific phobia*) คือผู้ป่วยมีอาการกลัวมากและเป็นทุกครั้งที่พบสิ่งของ สัตว์ หรือสถานการณ์ ความสูง ไฟร้อง ถูกนินทา กลัวอยู่ในที่แคบ เช่น ในลิฟท์ กลัวโรงพยาบาล หรือกลัวว่าจะพบสิ่งที่กลัว พยายามหลีกเลี่ยง ถ้าเลี่ยงไม่ได้ผู้ป่วยจะมีอาการกลัวอย่างมาก หรือมีความรู้สึกไม่สบายมากถึงขั้นเป็น **panic attack** ได้

ข. โรคกลัวสังคม (*social phobia*) เป็นลักษณะของการกลัวในเรื่องกริยาท่าทาง ขณะอยู่ในสังคม (*interpersonal situation*) ในสถานการณ์บางอย่าง เป็นความกลัวที่มากเกินไปจนเป็นปัญหาเกี่ยวกับหน้าที่การงานและชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่สถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งที่กลัวจะเป็นสถานการณ์ที่ซ้ำๆ

### 3. โรคย้ำคิดย้ำทำ (*obsessive-compulsive disorder*)<sup>(67)</sup>

มีแนวโน้มว่าจะพบได้บ่อยขึ้นกว่าแต่ก่อนและเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ อาการย้ำคิด (*obsession*) คือการที่มีความคิด หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเองซ้ำๆ โดยไร้เหตุผล ซึ่งก่อให้เกิดความกังวลใจ ความไม่สบายใจอย่างมาก และผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่แปลกปลอมต่อตนเอง (*ego-dystonic*)

อาการย้ำทำ (*compulsion*) คือการกระทำอย่างมีเป้าหมายชัดเจนซ้ำๆ เพื่อป้องกันหรือช่วยลดความไม่สบายใจจากความคิดย้ำทำข้างต้น และเป็นการกระทำที่ไร้เหตุผล

### 4. โรควิตกกังวลภายหลังเผชิญเหตุการณ์ที่รุนแรง (*posttraumatic stress disorder and acute stress disorder*)<sup>(67)</sup>

ก. ผู้ป่วยจะต้องประสบกับเหตุการณ์ที่รุนแรงซึ่งแทบทุกคนที่พบจะรู้สึก สะเทือนใจ เช่น เหตุการณ์ที่เกี่ยวกับความตาย อุบัติเหตุที่รุนแรง และเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ร่างกายของตนเองหรือผู้อื่น

จ. ทำให้ผู้ป่วยนึกถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ ด้วยความกลัวและไม่สบายใจ ไม่ว่าจะมึ  
อาการในเรื่องความคิด ภาพเหตุการณ์ ความฝัน

ค. พยายามหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่กระตุ้นถึงเหตุการณ์นั้น

### 5. โรควิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder)<sup>(67)</sup>

มีความวิตกกังวลอย่างมากและหลายๆ เรื่อง เป็นเรื่องที่กังวลไม่สมเหตุผล เช่น  
กังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ทั้งๆ ที่ไม่พบพยาธิสภาพของโรค กลัวจะไม่มีเงินใช้ (ทั้งๆ ที่มี  
เงิน) กลัวลูกจะเป็นอันตราย (ทั้งๆ ที่มีชีวิตปกติเหมือนคนอื่น) ร่วมกับมีอาการทางร่างกาย (เหนื่อย  
ง่าย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง กระวนกระวาย นิ่งไม่คิด หงุดหงิดง่าย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ) ติดต่อกันนาน  
เกิน 6 เดือนเป็นโรควิตกกังวล ซึ่งมีอาการกังวลเกินกว่าเหตุในหลายๆ เรื่องพร้อมกัน (**excessive  
and pervasive worry**) ร่วมกับอาการทางกายต่างๆจนทำให้เกิดปัญหาผู้ป่วยในหลายๆ ด้าน

## 3. ภาวะซึมเศร้า (depression)

### ก. ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ดวงใจ กษานติกุล<sup>(70)</sup> ให้คำนิยามว่าอารมณ์ที่ผิดปกติ คือมีสภาพอารมณ์เศร้าหรือร่าเริง  
เกินเหตุทั้งระดับความรุนแรง และระยะเวลาจนก่อให้เกิดผลกระทบ โดยแสดงความคิดผิดปกติทาง  
คำพูด ความคิด ร่างกายและพฤติกรรม ถึงขั้นที่ผู้ป่วยรู้สึกว่รบกวนจิตใจตนเอง (**distressed**) หรือ  
รบกวน (**disturb**) ผู้อื่นและสังคม ก่อให้เกิดผลกระทบ ความเสียหายหรือเสียมรรถภาพ (**disability**)  
ทั้งด้านการเรียน การงาน หรือการสังคม (**poor coping skill, poor work capacity, poor interpersonal  
relationship**)

ภาวะซึมเศร้า (**depression**)<sup>(71,72)</sup> หมายถึงอารมณ์ทุกข์ (**dysphoric mood**) ผู้ป่วยจะมี  
ความรู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ ห่อเหี่ยวใจ หมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลินหรือหมดอาลัย  
ตายอยาก เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลงหรือน้ำหนักลด  
หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่ออาชีพ  
การงานหรือการเรียน

### ข. การแบ่งกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1. อารมณ์ปกติ (**affect or state**) เป็นอารมณ์ที่ใครรู้สึกได้ แต่จะไม่รุนแรงหรือคงนาน  
และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบกับการทำงานและบุคคลอื่น

2. อารมณ์ที่ผิดปกติ (**mood or trait**) ที่คงนานและระดับเกินปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากมี  
ปัญหาการปรับตัวผิดปกติ (**adjustment disorder**) หรือเป็นผลจากมีโรคทางกายและโรคจิตต่างๆ  
(**secondary depression**)

3. เป็นโรคทางจิตโดยตรง (**primary affective disorder**) โดยมีอารมณ์ที่ผิดปกติลงนาน (**mood disorder**) ซึ่งจำแนกออกไปอีกตามลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น มีอารมณ์ซึมเศร้า (**depression**) หรืออารมณ์สนุกสนานครื้นเครงผิดปกติ (**mania**)

ค. อุบัติการณ์<sup>(70)</sup>

เป็นโรคที่พบได้ในบุคคล ทุกเพศ ทุกวัย ทุกเชื้อชาติ และระดับเศรษฐกิจฐานะ

ผู้หญิงมักเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าชายในอัตรา **2:1** อาจเนื่องจากผู้ชายมีปัญหาติดสารเสพติดหรือสุรา ติดการพนัน เกเร ก้าวร้าวแทน

วัยเด็กเล็กมีอัตราป่วยเป็นภาวะซึมเศร้าร้อยละ **0.3** เด็กวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ **2** และเด็กวัยรุ่นร้อยละ **5** ส่วนวัยรุ่นมี **lifetime prevalent** ของภาวะซึมเศร้าร้อยละ **15-20** เหมือนในผู้ใหญ่ ทั้งเด็กและวัยรุ่นมักจะมี **comorbid psychiatric disorder** ระหว่างร้อยละ **40-70** โดยเป็น **anxiety** กับ **dysthymia** ร่วมกันมากที่สุด ตามมาด้วย **Major depression, Conduct** และ **Substance abuse**

ผลแทรกซ้อนที่อันตรายยิ่งของโรคซึมเศร้าคือการฆ่าตัวตาย โรคซึมเศร่ายังอาจเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโรคทางกายที่ร้ายแรงต่างๆ เช่น โรคติดเชื้อ เนื่องจากภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง อารมณ์ผิดปกติเป็นการเจ็บป่วย หรือเป็นโรค (**disease**) จำเป็นต้องให้การรักษา ที่สำคัญคือพบได้บ่อยๆ (**common**) อาจร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต (**fatal**) จากการฆ่าตัวตาย แต่เป็นโรคที่รักษาได้ (**treatable**) และได้ผลถึงร้อยละ **80** ด้วยการให้ยาต้านเศร้าร่วมกับจิตบำบัด บางรายร้อยละ **10-20** อาจไม่ตอบสนองต่อยาต้านเศร้า ก็จำเป็นต้องรักษาด้วยไฟฟ้า (**electroconvulsive therapy**) ได้ผลประมาณร้อยละ **90** แต่ไม่ใช้วิธีนี้ในเด็ก

ง. อาการของโรคซึมเศร้า

ลักษณะอาการ ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า ซึม หดหู่ รู้สึกเบื่อ หดความสนุก หรือหมดอาลัยตายอยาก (**anhedonia**) คงอยู่นานตั้งแต่ **2** สัปดาห์ขึ้นไป โดยมีอาการในด้านต่างๆ ดังนี้

อาการทางกาย (**neurovegetative or somatic signs**) เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ น้ำหนักลด อ่อนเพลียเพลียแรง ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์เพศ ปวดศีรษะ เป็นต้น

อาการทางพฤติกรรมเคลื่อนไหวนิ่งช้า (**psychomotor/retardation**) เหม่อลอย คิดช้า พุดช้า เคลื่อนไหวนิ่งช้า พุดเสียงเบา และแยกตัว ไม่อยากพบหน้าหรือพุดคุยกับใคร แต่บางรายมีอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย (**agitation**) นั่งไม่ติด ต้องเดินไปมา ซึ่งอาการดังกล่าวอาจเป็นผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิต (**antipsychotics**)

อาการทางความคิด (**cognitive**) คิดเรื่องร้ายๆ มองโลกมองสภาพทุกอย่างในด้านลบ ไปหมดขาดสมาธิ และขาดความมั่นใจ วิดกกังวลไปต่างๆ นานา ตัดสินใจไม่ได้แม้ในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ บาง



คนมีอาการตกใจง่าย ใจสั่น แน่นหน้าอก (anxiety symptoms) หรือย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive) ในรายที่เป็นรุนแรงจะรู้สึกผิด โทษตนเอง รู้สึกท้อแท้ที่ปล่อย รู้สึกตนเองไร้ค่า หมดหวัง ไม่เห็นทางแก้ปัญหา แต่ผู้ป่วยคิดไปเอง ทำให้คิดฆ่าตัวตาย ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 75 ของผู้ป่วย และพยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 15 พบว่าร้อยละ 60-70 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอยู่ก่อน

ตารางที่ 2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (DSMIV Criteria for Major Depression)<sup>(70)</sup>

DSMIV Criteria for Major Depression	
มีอาการแสดงอย่างน้อย 2 สัปดาห์ (symptoms must have been present for 2 weeks period)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• มีอารมณ์เศร้าและ/หรือหมดความสนุก หมดความสนใจ (depressed mood and/or loss of interest or pleasure Anhedonia)</li> <li>• มีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 4 อาการ (plus 4 of the following symptoms)</li> </ul>	
อาการทางกาย (physical)	ด้านความคิด (cognitive)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ปัญหาการนอน(นอนไม่หลับ/นอนมากเกินไป) Sleep disorder (insomnia/hypersomnia)</li> <li>• พฤติกรรมการกินเปลี่ยนไป(เบื่ออาหาร/กินมากเกินไป) Appetite change (anorexia/hyperphagia)</li> <li>• เหนื่อยล้าหรือปวดเรื้อรัง (fatigue or chronic pain)</li> <li>• เชื่องช้า/เชื่องซึม/กระสับกระส่าย (psychomotor retardation/agitation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ความรู้สึกด้อยค่า/รู้สึกผิด/ตำหนิตนเอง (low self-esteem/guilt/self-blame)</li> <li>• สมาธิไม่ดี/ตัดสินใจไม่ได้ (poor concentration/indecisiveness)</li> <li>• อยากตาย/พยายามฆ่าตัวตาย (thoughts of death/suicidal idia/attempt)</li> </ul>

อาการเศร้ารุนแรงระดับ Melancholia มีอาการ (อย่างน้อย 5 ข้อ) ดังนี้

1. เบื่อ หมดความสนใจ หมดอารมณ์สนุก (anhedonia)
2. ไม่รู้สึกลึกลับขึ้นแม้เหตุการณ์ดีขึ้น หรือปัญหาชีวิตจะคลี่คลายแล้ว
3. รู้สึกเศร้าในยามเช้า (diurnal mood หรือ morning sadness) ช่วงบ่ายหรือเย็น  
อารมณ์จะสบายใจขึ้น
4. ตื่นเร็วกว่าปกติอย่างน้อย 2 ชั่วโมง (terminal insomnia) แล้วหลับต่อไม่ได้
5. เชื่องช้า (retarded) หรือกระวนกระวาย (agitate)
6. รู้สึกผิด กล่าวโทษตัวเองอย่างรุนแรง

จ. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด<sup>(73)</sup>

ซูทิตซ์ ปานปริชา<sup>(1)</sup>ให้ความหมายของความผิดปกติทางจิตเวชหลังคลอด (postpartum psychiatric disorders or puerperal mental disorders or psychiatric illness following childbirth) คือ

กลุ่มอาการความผิดปกติทางจิตเวชที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอดบุตร และการคลอดเป็นต้นเหตุที่สำคัญประการหนึ่ง ไม่ได้เป็นความผิดปกติหรือโรคหนึ่งโรคใดโดยเฉพาะ (**specific disease entity**) เพราะสามารถพบความผิดปกติทางจิตเวชแบบเดียวกันในระยะหลังคลอดหรือระยะเวลาอื่นได้ในบุคคลเดียวกัน และอาการที่แสดงออกมีได้หลายชนิดแตกต่างกันได้มาก ทั้งในรูปของ **psychosis, neurosis** และ **transient situational disturbance (postpartum blue)**

อาการผิดปกติทางจิตที่พบได้ทางคลินิกที่สำคัญได้แก่<sup>(74)</sup>

- อาการเศร้าหลังคลอด (**postpartum blues** หรือ **Maternity blues**)
- ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (**postpartum depression**)
- โรคจิตหลังคลอด (**postpartum psychosis**)

1. **ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression)** พบได้ไม่น้อยในประเทศทางแถบตะวันตกพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 7-30 สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาที่แน่ชัด แต่เชื่อว่ามีจำนวนไม่น้อย เนื่องจากพบว่าภาวะนี้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนหรือสรีระของร่างกาย แต่เกี่ยวข้องกับสภาพทางสังคมมากกว่า ซึ่งสภาพสังคมในประเทศไทยปัจจุบันเสี่ยงต่อการที่มารดาหลังคลอดจะมีภาวะซึมเศร้าได้ค่อนข้างง่าย

จากการศึกษาพบว่าทำให้เพียงคำปรึกษาแนะนำ และการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ก็เพียงพอที่จะช่วยให้มารดาที่มีภาวะซึมเศร้ามีอาการดีขึ้น มีเพียงบางรายที่อาจจำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาร่วมด้วย

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (**postpartum depression**)<sup>(1,75)</sup> เป็นความผิดปกติของการปรับตัวในระยะหลังคลอด อาการที่เด่นมีลักษณะอารมณ์ซึมเศร้า มีความกังวล ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่รักลูก พุดซ้าลง มีความคิดฆ่าตัวตาย อาจมีการกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของลูกมาก ความรู้สึกไม่ต้องการบุตรแสดงออกมาในรูปของความรู้สึกผิด (**guilt feeling**) กิดซ้ำๆ วิตกกังวลกลัวตนเองจะผลต่อร้ายบุตร เที่ยวเอาอาวุธหรือของมีคมไปซ่อนจนหมด ควบคุมอารมณ์ไม่ได้เมื่อบุตรร้องไห้หยุดหรือไม่ดูดนม บางรายมีอาการเศร้าถึงขนาดทำร้ายตนเอง เพลีย เบื่อหน่าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ หลงลืมง่าย ไม่มีความรู้สึกทางเพศ ไม่สนใจในการทำงานแม้แต่การเลี้ยงดูบุตร บางครั้งก็แสดงออกตรงไปตรงมาร้องไห้คร่ำครวญว่าตนไม่มีความสามารถจะเลี้ยงดูบุตรได้ตนเป็นมารดาที่ไม่ดี ไม่เข้าใจความต้องการของบุตร อาการมักจะเริ่มหนึ่งสัปดาห์หลังคลอด อาจจะเป็นอยู่นานถึงหนึ่งปี ความสัมพันธ์ของโรคกับอายุ และลำดับการตั้งครรภ์ไม่ชัดเจน ถ้ามีประวัติเคยเป็นในครรภ์แรกมาก่อนมักจะเพิ่มความเสี่ยงในครรภ์ต่อไป ระยะเวลาที่เป็นอาจเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน ซึ่งนานกว่าอาการเศร้าหลังคลอด (**maternity blue**) การรักษาต้องใช้ทั้งจิตบำบัดและการใช้ยา เพราะถ้าไม่รักษาแล้วจะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก รวมทั้งความสัมพันธ์ในครอบครัวเสียไป จุดมุ่งหมายในการรักษาด้วยจิตบำบัด พยายามลดความขัดแย้งในใจและช่วยให้มารดาเข้าใจความรู้สึกและอารมณ์ตนเองดีขึ้น สำหรับการให้ยาจะช่วยบรรเทาอาการนอนไม่หลับ

อ่อนเพลีย มักจะได้ผล 2-4 สัปดาห์หลังทานยา ในรายที่รุนแรงอาจจำเป็นต้องให้รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือรักษาด้วยการใช้ไฟฟ้า **electroconvulsive therapy (ECT)**

**2 โรคมึนเศร้าหลังคลอด (postpartum depression)** พบได้ประมาณร้อยละ 13 เกิดหลังคลอด ภายในเวลา 4 สัปดาห์ (บางรายอาจเกิดหลังคลอด 1 ปี) ถ้าเป็นอาการนอนไม่หลับที่เกิดจากความกังวลในการดูแลบุตร มารดาจะหลับได้เมื่อบุตรหลับ แต่ถ้าเป็นโรคมึนเศร้าบุตรห่มแล้ว ผู้ป่วยก็ยังนอนไม่หลับ การรักษาแต่เริ่มป่วยจะช่วยป้องกันไม่ให้ป่วยซ้ำหรือป่วยเรื้อรัง มารดาที่มาฝากครรภ์ 1 ใน 4 เสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคมึนเศร้าหลังคลอด

**3 อาการเศร้าหลังคลอด (postpartum blues)** เป็นอาการเศร้าหรืออารมณ์แปรปรวนหลังคลอด เป็นภาวะที่พบบ่อยคือพบได้ร้อยละ 75 เกิดขึ้นภายใน 14 วันหลังคลอด หายได้เองไม่ต้องรักษา เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

อาการเศร้าหลังคลอด (postpartum blues หรือ **maternity blues**)<sup>(75)</sup> เป็นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น 2-3 วันหลังคลอด เป็นอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นชั่วคราว พบได้ประมาณร้อยละ 50-70 ของสตรีหลังคลอด

ก. ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่<sup>(2276)</sup>

- (1) ต้องแยกจากครอบครัวและอาจกังวลถึงบุตรเพราะหลังคลอดใหม่ๆ ทารกจะถูกแยกไปไว้ห้องทารกแรกเกิดชั่วคราว
- (2) อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ทั้งบุคคล สถานที่และระบบของโรงพยาบาล
- (3) มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่ลดต่ำลงใน 3-5 วันแรกหลังคลอด
- (4) มีความไม่สุขสบายและรำคาญเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย
- (5) ความเหน็ดเหนื่อยไม่ได้พักผ่อนเพียงพอ มารดาหลังคลอดควรได้พักผ่อนมากๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง 2 สัปดาห์แรกหลังคลอด เนื่องจากเสียพลังงาน เสียเลือด และมีความเครียดทางด้านจิตใจ เนื่องจากการคลอดบุตร
- (6) ความรู้สึกสูญเสียด้านร่างกายในระยะหลังคลอด เพราะเคยมีทารกอยู่ในครรภ์นานถึง 9 เดือน เคยได้รู้สึกถึงการเคลื่อนไหว หรือการดิ้นของทารกในครรภ์ แต่เมื่อถึงเวลาทารกคลอดออกไปแล้ว ผู้เป็นมารดาอาจรู้สึกสูญเสีย รู้สึกถึงความว่างเปล่า
- (7) ความรู้สึกที่ตนเองสูญเสียความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสนใจเอาใจใส่จากสามีและผู้เกี่ยวข้อง เพราะมารดาเองได้รับความเอาใจใส่มาตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ แต่เมื่อคลอดแล้วศูนย์กลางการเอาใจใส่กลายเป็นทารกแทน ซึ่งแม้ตนจะพอใจ แต่ขณะเดียวกันก็ต้องการให้สามีเอาใจใส่ตนด้วย

(8) ความรู้สึกไม่มั่นใจต่อการปรับตัว เปลี่ยนบทบาทผู้การเป็นมารดา โดยเฉพาะในครรภ์แรก การขาดความมั่นใจทำให้มารดา ระวังต่อคำแนะนำหรือพฤติกรรมของผู้อื่นที่มีต่อความสามารถของตนเองในการดูแลทารก

(9) ความรู้สึกสูญเสียความงาม โดยเฉพาะมารดาที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ตั้งครรภ์ แม้หลังคลอดจะมีน้ำหนักลดลงบ้าง แต่ก็ยังคงความอ้วนอยู่ ทำให้กังวลเกี่ยวกับรูปร่างและการแต่งกายที่เหมาะสม

(10) เกิดความรู้สึกกลัวเล็ดที่มีบุตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาครรภ์แรก เนื่องจากเกิดความรู้สึกกังวลเรื่องการเลี้ยงดูและการปฏิบัติตัวของตนเองต่อไปในอนาคตที่จะต้องเปลี่ยนไป

(11) ความรู้สึกผิดหวังกับกระบวนการคลอด เช่น การคลอดไม่ได้เป็นไปตามที่ตนเองคาดหวัง หรือมารดาหลังคลอดรู้สึกว่าตนเองทำผิดพลาดในกระบวนการคลอด ทำให้เกิดความรู้สึกสำนึกผิดในใจ

(12) ความรู้สึกผิดหวังในตัวลูก เช่น ลูกตัวเล็กเกินไป ไม่น่ารักอย่างที่วาดฝันไว้ หรือเพศไม่ตรงตามต้องการ

(13) ภาระงานบ้าน การที่ต้องอยู่บ้าน และรับภาระเลี้ยงดูทารกแรกเกิดเพียงผู้เดียว โดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ และอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เต็มที่ เป็นภาระที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ง่าย

ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า กังวล กระสับกระส่าย ร้องไห้ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ สับสน ซึ่ลึม ความรุนแรงมักขึ้นกับพื้นฐานทางด้านจิตใจของผู้ป่วย อาการมักหายไปเองภายใน 2-3 วัน บางรายอาจจะเป็นอยู่นานถึง 10 วัน ส่วนใหญ่อาการจะหายไปเอง การรักษาเพียงแต่ให้กำลังใจและประคับประคองจิตใจ ถ้าอาการยังคงอยู่หรือเลวลงต้องตรวจหาว่ามีอาการของโรคจิตชนิดซึมเศร้าหรือไม่แล้วจึงให้การรักษาโดยจิตบำบัด

4 โรคจิตหลังคลอด (postpartum psychosis) พบได้ 1-2 / 1000 พบได้เท่ากันทุกวัฒนธรรม (culture) อาการเกิดขึ้นเร็ว (rapid onset) มีอาการสับสน อารมณ์แปรปรวนมากติดตามไประยะยาวพบว่าร้อยละ 95 กลายเป็นโรคอารมณ์ (bipolar disorders) และเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ร้อยละ 5

โรคจิตหลังคลอด (postpartum psychosis)<sup>(1,75)</sup> ภาวะนี้เกิดขึ้นน้อยมากแต่มีความรุนแรง โดยจะมีอาการสับสน อาจจะตื่นตระหนก หรือซึมเศร้า อาจจะหลงลืม ประสาทหลอน ทางโสตสัมผัส หรือคิดว่าจะถูกทำร้าย มักเกิดในครรภ์แรก สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่จะพบในผู้ป่วยที่เคยมีประวัติ manic-depressive และ schizophrenia ต้องระมัดระวังการทำร้ายตนเองหรือบุตร ต้องให้ ยารักษา ในรายที่พยายามฆ่าตัวตายควรพิจารณาการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ถ้าเริ่มเป็นในระยะ 3-4 วันแรกหลังคลอด มักจะมีอาการสับสน (confusion) สูญเสียสมาธิ และความทรงจำ คล้ายเป็น

**Toxic psychosis** หรือมี **biological stress** มาร่วมด้วย อาการมักจะเริ่มด้วยนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย หงุดหงิดง่าย ต่อมาเริ่มวุ่นวาย พุดมาก เพื่อเจอ ทำท่าทางแปลกๆหรือร้องไห้ คร่ำครวญเรียกหา มารดา อาการที่แสดงออก มักเฉยเมย หงุดหงิด ซึมเศร้า มักมีอาการหลงคิดว่ายัง ไม่ได้คลอดบุตร บุตรตาย หรือพิการ มีคนคอยปองร้ายบุตร หรือคิดว่ามีคนมาลักพาบุตรไป หรือเอาไปฆ่า มีประสาทหลอน หนูแว่วไปในทำนองเดียวกับอาการหลงคิด การฆ่าบุตร (**infanticide**) พบได้ราวร้อยละ 0.2 โดยมารดาอาจใช้วิธีหมอนอุดจมูกและปาก โยนบุตรทิ้งในน้ำ หรือโยนลูกเล่น ถ้าสามีมีส่วนเป็นต้นเหตุด้วย ก็จะแสดงออกโดยการจำสามีไม่ได้ หรือจำชื่อสามีเป็นชื่อบุคคลอื่น

ฉ. สาเหตุ

1. สาเหตุของโรคซึมเศร้า<sup>(70)</sup>

ก. ปัจจัยด้านชีวภาพ

(1) พันธุกรรม (**hereditary**) พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับสูงในโรคซึมเศร้า (**major depressive disorder**) โดยเฉพาะในกรณีของ **recurrent depression** ถ้าทั้งบิดาและมารดาป่วย บุตรมีโอกาสเป็นร้อยละ 43

(2) ระบบสารสื่อประสาท (**neurotransmitter system**) ผู้ป่วยที่มีระดับของ **norepinephrine, serotonin, dopamine, GABA, glutamate** ต่ำลง รวมทั้งอาจมีความผิดปกติของ **receptor** ที่เกี่ยวข้อง เชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกันมากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง

(3) ระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (**neuroendocrine systems**) พบว่ามีความผิดปกติในหลายระบบที่สำคัญ ได้แก่

(ก) ระดับของ **cortisol** ที่หลังมากและตอบสนองน้อยต่อการกระตุ้นด้วย **dexamethasone** ระดับ **cortisol** ในพลาสมา มีระดับสูงเป็น **state marker** ในผู้ป่วยวัยรุ่นร้อยละ 40

(ข) ระดับของ **growth hormone** ที่หลังน้อยกว่าปกติเมื่อถูกกระตุ้นด้วย **thyrotropin releasing hormone (TRH)**

ข. ปัจจัยด้านจิตใจ

ผู้ป่วยมักจะมีภูมิหลังที่ขาดความรักความอบอุ่น มีความสัมพันธ์ไม่ดีกับบิดาหรือมารดา มีประสบการณ์ของการสูญเสียหรือการจากพราก เช่น บิดามารดาเสียชีวิตตั้งแต่วัยเยาว์ ถูกทารุณหรือทอดทิ้ง เป็นต้น ทำให้ **ego** ไม่สมบูรณ์แบบ มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพิงผู้อื่น (**dependent**) มีความภาคภูมิใจในตนเองระดับต่ำ (**low self-esteem**) มีมโนธรรมสูง (**strong superego**) ทำให้ตำหนิและไม่พอใจตนเองอยู่เสมอ ได้แก่ บุคลิกภาพแบบ **borderline, avoidant, dependent** และ **obsessive-compulsive personality**

ทฤษฎีด้านความคิดอธิบายว่า ความคิดแง่ลบ 3 ด้าน (**cognitive triad**) ได้แก่ มองตนเอง มองสังคม และมองอนาคตในทางลบ ทำให้รู้สึกไร้ค่า ท้อแท้ หนทางตัน

ทฤษฎีทางพฤติกรรมอธิบายว่า อารมณ์เป็นปฏิกิริยาโต้ตอบที่ไม่เหมาะสม (**maladaptive response**) เนื่องจากขาดแรงเสริม หรือจากภาวะท้อแท้ทอดอาลัย (**learned helplessness**)

ค. ปัจจัยด้านสังคม สภาพแวดล้อมหรือครอบครัวยากจน ยุ่งเหยิง ห่างเหิน แยกแยก พี่น้องไม่กลมเกลียวใกล้ชิดกัน มีปัญหาชีวิตที่ไม่สามารถแก้ไขได้ หรือประสบกับความล้มเหลว ผิดหวัง เช่น สอบตก ออกหัก ธุรกิจการค้าขาดทุน เป็นต้น ทำให้หมดความภาคภูมิใจในตนเอง ถ้าผู้ใดอยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือครอบครัวที่อบอุ่น และสอนให้เผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ ในชีวิตและปรับตัวให้เข้ากับทุกสถานการณ์ได้ บุคคลผู้นั้นก็จะลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าลง

## 2 สาเหตุความผิดปกติทางจิตเวชหลังคลอด<sup>(1)</sup>

2.1 ความตึงเครียดทางร่างกาย (**biological stress**) เป็นสาเหตุทางร่างกาย

ก. การเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยา (**physiological change**) คือการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของร่างกาย จากการเสียเลือด เสียน้ำ มีความเจ็บปวดของแผล เป็นต้น

ข. การเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ (**endocrine change**) คือมีการเปลี่ยนแปลงในระดับฮอร์โมน การลดระดับของโปรเจสเตอโรน (**progesterone**) หลังคลอด ในช่วงตั้งครรภ์นั้นมีระดับโปรเจสเตอโรนสูง ทำให้เกิดภาวะ **withdrawal psychosis** เป็นแบบ **acute psychosis**

ค. การคลอดด้วยการผ่าตัด หรือใช้ยาจำพวก **sedatives** ช่วยคลอด อาจมีปัญหาทำให้เกิดความผิดปกติของจิตใจในระยะหลังคลอดได้

ง. มารดาในระยะหลังคลอดบุตรต้องอดนอนอยู่หลายวัน อาจมีผลต่อจิตใจแบบ **sleep deprivation syndrome**

จ. **EEG record** หลังคลอดพบลักษณะเป็น **metabolic imbalance** ซึ่งอาจมีผลทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจได้

ฉ. พบว่ากรรมพันธุ์ไม่ได้เป็นต้นเหตุหรือเกี่ยวข้องกับโรคกลุ่มนี้แต่อย่างใด

2.2 ความตึงเครียดทางจิตใจ (**psychological stress**)

ก. เกิดจาก **conflict** ในตัวคนไข้เอง ได้แก่

(1) ไม่มีความสามารถจะทำหน้าที่ "มารดา" ได้ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นผู้หญิงที่ไม่สมบูรณ์ ไม่เป็นมารดาที่ดีกับบุตร

(2) เคยมี **conflict** กับมารดาของตนเองมาก่อน มักเกิดจากมีมารดาที่เข้มงวด แสดงออกเหมือนผู้ป่วยไม่ไข้บุตร มีอารมณ์รุนแรง หรือมีอาการของโรคจิต ไม่ได้เลี้ยงดูบุตรอย่าง

ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่พอใจมารดาของตนเอง ซึ่งความรู้สึกอย่างนี้จะกลับมาอีกครั้งตอนที่ผู้ป่วยคลอดบุตร และมีสภาพเป็นมารดา นอกจากนี้ยังมีความหวาดกลัวบุตรของตนเองจะมีความรู้สึกเหมือนที่ตนเคยมีมาก่อน

(3) มี **unresolved oedipal complex** การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรทำให้ความจำเกี่ยวกับความหวังที่คิดฝันเอาไว้ในตอนที่เด็กที่จะแย่งบิดาจากมารดาของตนหวนกลับมา ทำให้รู้สึกบาปและไม่สบายใจในความรู้สึกดังกล่าว

(4) มี **penis envy** กับเพศชาย การตั้งครรภ์สามารถทำให้ลดความรู้สึกดังกล่าวได้ เพราะเปรียบเสมือนได้ **penis** หรือเป็นการทดแทนกันได้ ซึ่งเมื่อคลอดบุตรก็ทำให้สูญเสียสิ่งนั้นไป เกิดความไม่สบายใจขึ้น

(5) ไม่พอใจในเพศของตนเองอยู่แล้ว การคลอดลำบากหรือการได้รับความเจ็บปวดขณะคลอด เกิดความทุกข์ทรมาน ทำให้ไม่พอใจเพศของตนเองมากขึ้น

(6) ความรู้สึกอิจฉาพี่น้องที่ตนเคยมีมาก่อน ถูกถ่ายทอดมายังบุตรที่คลอด เกิดความไม่สบายใจ กลัวว่าบุตรจะมีความรู้สึกเหมือนตนเองเช่นกัน

(7) มี **overdependency need** กับมารดามาก่อน การมีบุตรทำให้ความต้องการนี้เป็นไปได้โดยยากหรือไม่ได้อีกแล้ว เกิดความไม่สบายใจขึ้น

ข. ไม่ได้รับการตอบสนองจากบุตรที่เกิดใหม่ เนื่องจากมารดาไม่เข้าใจความต้องการของบุตร การร้องไห้ไม่หยุด ถามตอบไม่ได้ ไม่เข้าใจความหมายการกระทำของบุตร ก็ทำให้มารดาอารมณ์เสียได้ หรือการร้องของเด็กเปรียบเสมือนการที่เด็กไม่ยอมรับสภาพความเป็นมารดา แต่พร้อมกันนั้นก็ขอความช่วยเหลือ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าบุตร **“double blind”** กับตน เกิดความลังเลใจและ ก็ตอบสนองบุตรแบบ **“double blind”** เช่นกัน ก็ต้องช่วยเหลือบุตรทั้งที่คิดว่าคงไม่สามารถทำให้บุตรพอใจได้

ค. ไม่ได้ได้รับความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ หรือรับคำชมเชยจากสามี หรือบิดามารดา

ง. ถูกทอดทิ้งให้รู้สึกว้าเหว ไม่ได้รับการช่วยเหลือในยามที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยเฉพาะตอนเจ็บท้องคลอด ไม่มีสามีหรือมารดามาให้กำลังใจ ให้ความอบอุ่น นอกจากอาจจะมีปัญหาทำให้การคลอดล่าช้าแล้วยังมีผลต่อจิตใจหลังคลอดด้วย

จ. การสูญเสียบุตรก่อนคลอดหรือหลังคลอดใหม่ๆจะมีผลทำให้มารดาเสียใจมาก

ฉ. การคลอดลำบาก มารดาได้รับความเจ็บปวดหรือใช้เครื่องมือช่วยคลอดทำให้เกิดความกลัว ความไม่สบายใจ

ช. การคลอดบุตรโดยไม่มีบิดา ยังไม่ต้องการจะมีบุตร หรือมีบุตรนอกสมรส เป็นสาเหตุของความไม่สบายใจ เกิดความไม่ต้องการบุตรขึ้นได้

ซ. หลังคลอดบุตรมารดาต้องเปลี่ยนสภาพการหลายอย่าง เช่น ต้องกลายเป็นมารดาเลี้ยงบุตร ไม่มีอิสระไปไหนมาไหน หรือทำอะไรตามใจชอบเหมือนเคย มีการระมัดระวังมากขึ้น รูปร่างหน้าตาเปลี่ยนไป รวมทั้งต้องมีการเปลี่ยนจากแบบแผนชีวิตเดิมที่วางไว้ การเปลี่ยนแปลงมากมายดังกล่าว ทำให้เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจ

ฅ. มารดาที่เคยมีประวัติการแท้งบุตรหลายครั้ง หรือแต่งงานหลายปีเพิ่งได้บุตร อาจเป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวลและความหวาดกลัวได้

### 23 ความตึงเครียดทางสังคม หรือสิ่งแวดล้อม (social / environmental stress)

ก. ความยากจน

ข. ได้รับการศึกษาดำ

ค. อยู่ในหมู่มุคนที่มีความเชื่อถือบางอย่าง ซึ่งทำให้ได้รับการดูแลและวิธีการคลอดไม่ถูกต้อง

ง. มีปัญหาในชีวิตสมรส สามีไม่สนใจ ชอบทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยว มีความประพฤติ ไม่เหมาะสม เจ้าชู้ ชอบทุบตี หรือสามีที่ **passive, dependent, over anxious, rigid, destructive**

ความผิดปกติทางจิตเวชหลังคลอดมักจะไม่ได้อาจเกิดจากความตึงเครียด (stress) ชนิดใดชนิดหนึ่งเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะ **postpartum psychosis** ซึ่งเป็นความผิดปกติที่รุนแรง จะเกิดจากการกระทำร่วมกันทั้งความตึงเครียดทางร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม อาจรวมเรียกว่า **bio-psycho-social stress**

#### ซ. การดำเนินโรค<sup>(7)</sup>

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีอาการอยู่นานประมาณ 9 เดือน หากรักษาจะมีอาการนานประมาณ 3 เดือน พบว่าร้อยละ 50-85 ของผู้ป่วยที่หายแล้วจะกลับมาเป็นซ้ำอีก (recurrent) และประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder single episode) เกิดเป็น manic episode ในครั้งต่อมา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 75 มีอาการกำเริบใน 5 ปี ถ้าป่วยเป็นครั้งที่ 2 หรือ 3 ผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องรับประทุกันยาไปตลอดชีวิต

#### ซ. การรักษา<sup>(7)</sup>

1. ขั้นแรกตรวจหาโรคทางกายที่อาจเป็นสาเหตุได้ เพื่อให้การรักษาที่ถูกต้องต่อไป

2. การซักประวัติที่ละเอียด การตรวจร่างกายไม่พบมีความผิดปกติ และการตรวจสภาพจิตที่บ่งถึงลักษณะอาการของโรคซึมเศร้า

3. การประเมินความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย เพื่อป้องกันมิให้เกิดขึ้น

4. การรักษาด้วยยาต้านเศร้า (antidepressant)



## 5. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy-ECT)

## 6. จิตบำบัด

### 4 แรงสนับสนุนทางสังคม (social support)

#### ก. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมนั้น ได้มีผู้ศึกษาอย่างกว้างขวางและเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ ที่ช่วยส่งเสริมให้มารดาที่มีพฤติกรรมปรับตัวที่ถูกต้องเหมาะสม<sup>(77,78)</sup> ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมนั้น ได้มีผู้เสนอแนวคิดไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

คอบบ์ (Cobb)<sup>(79)</sup> ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าหมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตนเองเชื่อว่ามิบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเขา นอกจากนี้ตัวเขาเองยังรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

บาร์เรอร์รา (Barera)<sup>(80)</sup> กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการช่วยเหลือโดยให้สิ่งของ แรงงาน และการให้คำแนะนำข้อมูล

ทอยส์ (Thoits)<sup>(81)</sup> ได้ให้ความหมายว่าเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายทางสังคมได้รับการช่วยเหลือในด้านอารมณ์ สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดหรือความเจ็บป่วยได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

เพนเดอร์ (Pender)<sup>(82)</sup> กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของผู้อื่น โดยได้จากกลุ่มคนในสังคมนั้นเองเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตอารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

เฮาส์ (House)<sup>(83)</sup> กล่าวว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของและแรงงาน การให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม จึงหมายถึงการที่บุคคลในสังคมได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในสังคมด้านต่างๆ ประกอบด้วย การได้รับความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า การได้รับข้อมูลข่าวสารและการช่วยเหลือทางด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน เวลาและแรงงานเพื่อช่วยในการแก้ปัญหาทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการคือ การมีสุขภาพดี

สำหรับมารดาในระยะหลังคลอดการที่มารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่มารดาได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลใกล้ชิดเมื่อเผชิญกับภาวะเครียด

เนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตน ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกว่ามีบุคคลใกล้ชิด

โดยเฉพาะสามีและคนในครอบครัวให้ความรัก ความเอาใจใส่ ช่วยเหลือประคับประคองตลอดจนให้การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ การเงินและแรงงาน รวมทั้งให้ข้อมูล คำแนะนำเพื่อช่วยในการแก้ปัญหาทำให้มารดามีความพร้อมที่จะเผชิญต่อปัญหาและการปรับตัว

1. แนวคิดของแบรนต์และไวเนอร์ท (Brandt and Weinert)<sup>(84)</sup> แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้านคือ

ก. การสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ

ข. การสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้บุคคลได้ติดต่อกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม

ค. การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา ทำให้บุคคลได้รับการพัฒนาด้านความคิด การตัดสินใจ

ง. การสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

จ. การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือและแนะนำทำให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ของตน

2. แนวคิดของไวส์ (Weiss)<sup>(85)</sup> แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 6 ด้าน

ก. ด้านความใกล้ชิด ความใกล้ชิดจะส่งผลต่ออารมณ์โดยรวมคือ จะทำให้คนรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกกลัวหวู่ และปกติจะพบในผู้ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน เช่น คู่สมรส เพื่อน หรือคนในครอบครัว

ข. การมีส่วนร่วมในสังคม เป็นการแสดงให้เห็นถึงการเข้ามามีส่วนร่วมกันของคนที่มีสถานการณ์คล้ายคลึงกัน หรือมาทำงานร่วมกันเพื่อวัตถุประสงค์คล้ายกัน การมีปฏิสัมพันธ์ทำให้เกิดการยอมรับทางด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิด การที่คนขาดการมีส่วนร่วมในสังคมจะทำให้คนรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม และเป็นผลให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย

ค. โอกาสในการดูแลรับผิดชอบ เกิดขึ้นเมื่อคนเรามีความสัมพันธ์ในลักษณะที่ได้รับการดูแลรับผิดชอบคนที่เด็กกว่า หากว่าคนเราไม่ได้ทำหน้าที่นี้ จะทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่สมบูรณ์ ว่างเปล่า ไม่มีความหมาย

ง. การได้รับการยอมรับ ซึ่งการยอมรับจะเกิดขึ้นได้เมื่อคนมีพฤติกรรมความสามารถตามบทบาทของตน ความสามารถนั้นอาจเป็นบทบาทตามหน้าที่ในอาชีพหรือครอบครัว ถ้าคนเราไม่ได้รับการยอมรับก็ทำให้ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง

จ. การได้รับความช่วยเหลือ เกิดจากได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนที่ทำงาน หรือเพื่อนบ้าน และความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกันเท่านั้นจะให้การช่วยเหลือที่ยาวนานได้ ถ้าไม่มีความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดการช่วยเหลือขึ้นแล้ว จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและอ่อนแอ

จ. การได้รับคำแนะนำ หรือหาคนปรึกษาที่ไว้ใจได้ เป็นที่พึงได้ การสนับสนุน เช่นนี้มักจะเกิดจากบุคคลที่เป็นวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ

### 3 แนวคิดของเฮาส์ (House)<sup>(83)</sup> เสนอว่าการสนับสนุนทางสังคมควรมี 4 ด้าน คือ

ก. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) ได้แก่การสนับสนุนที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าเป็นที่รัก เป็นที่ไว้ใจ เป็นที่ห่วงใยของผู้อื่น

ข. การสนับสนุนด้านวัตถุแรงงาน (instrumental support) ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน ซึ่งเป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคล รวมทั้งการเสียเวลาเพื่อช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ

ค. การสนับสนุนด้านข้อมูล (information support) ได้แก่ การช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

ง. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) การช่วยเหลือด้านการประเมินตนเองเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง และทำให้รู้จักการเปรียบเทียบกับผู้ที่อยู่ร่วมกันในสังคม

#### ข. หลักการที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคม

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน

2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบไปด้วย

ก. ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ "ผู้รับ" เชื่อว่ามีคนสนใจ เอาใจใส่ มีความรักและความหวังดีในคนอย่างจริงใจ

ข. ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

ค. ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ ในที่นี้คือ การมีสุขภาพอนามัยดี

#### ค. ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

คอบบ์ (Cobb)<sup>(79)</sup> แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมด้านความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ ซึ่งจะเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าได้รับการรัก การดูแลเอาใจใส่ และได้รับความจริงใจ

2. การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยอมรับ เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่า

3. การสนับสนุนทางสังคมด้านความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ง. หน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดของเพนเดอร์ (Pender)<sup>(82)</sup> แบ่งหน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 ประการ คือ

1. ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ (health maintenance) โดยการสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ด้วยการลดสถานะเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตแต่ละวัน
2. ส่งเสริมสภาวะสุขภาพ (health promotion) โดยการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่ดี
3. ป้องกันความเจ็บป่วย (illness prevention) โดยการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้มีวิจารณ์ญาณเตือนใช้กลยุทธ์ในการปรับตัวเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น เพื่อให้คนปรับพฤติกรรม เพื่อผ่อนคลายระดับของอันตรายหรือความเครียดที่ประสบอยู่ได้

จ. สมมุติฐานของการสนับสนุนทางสังคม

ซาราฟิน อีพี (Sarafine EP)<sup>(86)</sup> อธิบายถึงการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยใช้ 2 สมมุติฐานคือ

1. buffering hypothesis สมมุติฐานนี้อธิบายว่าเมื่อคนประสบกับความเครียด หรือภาวะวิกฤติ เช่น ปัญหาการเงินอย่างรุนแรง คนที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะตกอยู่ในสภาวะเครียดน้อยกว่าคนที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ส่วนใหญ่คนที่มึระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะสามารถคาดหวังว่ามีคนที่เขาสามารถขอความช่วยเหลือได้ และสามารถอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าวโดยไม่มี ความเครียด อีกประการหนึ่งคือการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดผลของความเครียดเนื่องจากมีคนให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา คอยให้กำลังใจ

2. direct effect hypothesis สมมุติฐานนี้อธิบายว่า คนที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) และรู้สึกเป็นที่ต้องการของผู้อื่น (sense of belongingness) การที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะทำให้คนมีวิถีสุขภาพที่ดีกว่าคนที่มึระดับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ทำให้ลดการติดเชื่อ เนื่องจากมีความรู้สึกว่าเป็นที่ ต้องการของคนอื่นและเป็นที่เอาใจใส่ของผู้อื่น จึงต้องดูแลตนเองเป็นอย่างดีทั้งด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย ก่อนที่จะปล่อยให้ปัญหาด้านสุขภาพรุนแรงมากขึ้น

5งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Britton, John R<sup>(9)</sup> ในปีพ.ศ.2548 ได้ศึกษาความชุกและความสัมพันธ์ของภาวะวิตกกังวล ก่อนจำหน่ายกลับบ้านในมารดาที่มีบุตรปกติ โดยศึกษาในมารดาหลังคลอดที่แผนกกุมาร ศูนย์การแพทย์ มหาวิทยาลัยยูทา ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 973 ราย พบว่ามีภาวะวิตกกังวล ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน 422 รายคิดเป็นร้อยละ 43 มีภาวะวิตกกังวลระดับปานกลางร้อยละ 24 และระดับรุนแรงร้อยละ 1 โดยมารดาที่มีอายุน้อย ไม่แต่งงาน และมีบุตรคนแรกเป็นเพศชายจะมีภาวะ

วิตกกังวลมากกว่า ภาวะวิตกกังวลสัมพันธ์กับเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่พึงปรารถนา ความเครียด เคยมีภาวะซึมเศร้ามาก่อนและอยู่ในช่วงหลังคลอด แต่ภาวะวิตกกังวลไม่สัมพันธ์กับระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัว การวางแผนครอบครัว การผ่านการอบรมเตรียมตัวก่อนคลอด และปัจจัยด้านอื่น ๆ

ทิพวรรณ เลียบสื่อตระกูล<sup>(13)</sup> ได้ศึกษาการประยุกต์ทางคลินิก จากความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม สิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างการตั้งครรภ์และหลังคลอดเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าในมารดาไทยปีพ.ศ.2550 พบว่ามารดาหลังคลอด 400 รายที่มีอายุครรภ์ 36-40 สัปดาห์ในช่วง 6-8 สัปดาห์หลังคลอดได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) วินิจฉัยตามเกณฑ์ของDSM- IV มี 40 ราย เท่ากับร้อยละ 10 ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดปานกลางหรือมาก (minor or major postpartum depression) ความวิตกกังวลและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ การพัฒนาเครื่องมือ Postpartum Depression Risk Scale (PDRS) มาใช้ในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดเป็นประโยชน์ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาไทย

ปิ่นแก้ว โชติอำนวย<sup>(11)</sup> ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถทำนายอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด กลุ่มละ 100 รายที่มารับบริการที่หน่วยวางแผนครอบครัว ในปีพ.ศ.2543 พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าที่ผิดปกติร้อยละ 9 และร้อยละ 5 ตามลำดับ หญิงหลังคลอดมีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าที่ผิดปกติร้อยละ 4 และร้อยละ 2 ตามลำดับ จำนวนครั้งของการคลอดก่อนกำหนด และอายุ สามารถทำนายอาการวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [ $R(2)=0.144$ ,  $F(2,197)=16.58$ ,  $p < 0.0001$ ] อาการวิตกกังวลและการศึกษาสามารถทำนายอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [ $R(2)=0.337$ ,  $F(2,197)=50.147$ ,  $p < 0.001$ ]

อัจฉรีย์ ทองสวรรค์<sup>(12)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนในระยะหลังคลอด ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของบุตรกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดที่โรงพยาบาลรามาริบัติจากกลุ่มตัวอย่าง 120 รายในปีพ.ศ.2543 พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ผิดปกติในระยะหลังคลอดเท่ากับร้อยละ 5 และ 6.67 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าแรงสนับสนุนในระยะหลังคลอดเป็นตัวแปรเพียงตัวเดียว ที่สามารถทำนายภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดได้ โดยมีความแปรปรวนสำหรับภาวะวิตกกังวลร้อยละ 6.5 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.9 โดยที่ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ อายุ การศึกษารายได้ ความพึงพอใจคู่สมรส และความเจ็บป่วยของบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรศรี ดิสรเตติวัฒน์<sup>(87)</sup> ศึกษาอัตราความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลรามาริบัติจำนวน 240 รายในปีพ.ศ.2541 พบว่า

อัตราความชุกของภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดพบร้อยละ 61 และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบร้อยละ 28 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนบุตร อาการเศร้าหลังคลอดและความพึงพอใจในชีวิตสมรส ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการเศร้าหลังคลอด ความผิดปกติของทารกแรกเกิด ความพึงพอใจในชีวิตสมรสและความสัมพันธ์กับมารดาของผู้ป่วย

ธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิและคณะ<sup>(88)</sup> ได้ศึกษาปัญหาของแม่และลูกที่มาปรึกษาที่คลินิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรงพยาบาลศิริราชในปีพ.ศ.2542 พบว่าปัญหาสำคัญอันดับหนึ่ง คือทำให้นมลูกไม่ถูกวิธี ปัญหารองคือปัญหาทางด้านจิตใจ มารดาวิตกกังวลและเครียด มารดาจำนวนมากไม่มีความมั่นใจกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา การมีคลินิกเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาที่ประกอบด้วยบุคลากรที่มีความสามารถในการให้คำปรึกษา คำแนะนำ และความช่วยเหลือแก่มารดาด้วยจิตวิญญาณ ร่วมกับการมีแบบบันทึกที่เป็นระบบแบบแผน ทำให้การดูแลช่วยเหลือมารดาในการให้นมลูกทำได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

Maybeny, Linda J.<sup>(89)</sup> รายงานผลการศึกษาในปีพ.ศ.2550 โดยศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและเครื่องมือวัดปัจจัยเสี่ยงในมารดาชาวอเมริกัน 2 ปีแรกหลังคลอด จากมารดาจำนวน 1,359 ราย โดยใช้เครื่องมือ Edinburgh Postnatal Depression Scale ทางออนไลน์ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 พบว่าปัจจัยที่มีผลทำให้ภาวะซึมเศร้ายังคงต่อเนื่องได้แก่ อายุ รายได้ การศึกษา และการจ้างงานมีความสัมพันธ์ผกผันกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่เชื้อชาติไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยงจากการสำรวจประชากรกลุ่มใหญ่นี้พบว่ามารดาที่มีอายุน้อย รายได้น้อย การศึกษาต่ำ ไม่มีการจ้างงานประจำควรได้รับการพิจารณาเป็นกรณีเฉพาะ

ปาริชาติ ศิลปประเสริฐ<sup>(90)</sup> ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการเผชิญความเครียด และความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด จากกลุ่มตัวอย่าง 60 คนที่เป็นบิดามารดาที่หน่วยวิกฤตทารกแรกเกิดระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2541 แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโพล์กแมน พบว่าภายหลังได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้บิดามารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดโดยรวมและด้านการจัดการกับอารมณ์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$  และ  $p < 0.01$ ) ส่วนคะแนนความวิตกกังวลพบว่า บิดามารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

ศรัญญา วิทยประไพพันธ์<sup>(91)</sup> ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล เหตุการณ์ในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดในปีพ.ศ.2546 จากมารดาหลังคลอด 120 คนที่มาตรวจสุขภาพที่คลินิกหลังคลอด 2 แห่งในกรุงเทพฯ พบว่าเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต เช่น การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการนอน การย้ายที่อยู่อาศัย และการคลอดบุตร สามารถเป็นสาเหตุของ

การเกิดภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดได้ นอกจากนี้การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากเกินไป ก็อาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน จึงควรประเมินความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดา และพิจารณาให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่มารดาอย่างเหมาะสม

รัตติยา หาญกล้า<sup>(92)</sup> ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านมารดา พฤติกรรมทารก การสนับสนุนทางสังคมกับการแสดงบทบาทการเป็นมารดาของมารดาในระยะหลังคลอดในปีพ.ศ.2545 ภายใต้กรอบแนวคิดการดำรงบทบาทการเป็นมารดาของเมอร์เซอร์ โดยศึกษามารดาในช่วงระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์ มาตรฐานที่โรงพยาบาลรามาริบัติจำนวน 210 ราย พบว่าการแสดงบทบาทการเป็นมารดาโดยรวมอยู่ในระดับดี อายุ การศึกษา ประสบการณ์เลี้ยงดูบุตร ชนิดของการคลอด มีความสัมพันธ์กับการแสดงบทบาทการเป็นมารดาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านการแสดงบทบาทการเป็นมารดาของมารดาในระยะหลังคลอด ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้พฤติกรรมทารก

ศิริพร ชูเดื่อเงิน<sup>(93)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมและการปรับบทบาทการเป็นมารดาในหญิงครรภ์แรกในปีพ.ศ.2544 กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มาตรฐานที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลรามาริบัติจำนวน 180 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคม สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันและรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการปรับบทบาทการเป็นมารดาในหญิงครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันสามารถรวมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการปรับบทบาทการเป็นมารดาได้ร้อยละ 36.7

ศุภกัญญา สิริภรณ์<sup>(94)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา และการรับรู้พฤติกรรมทารกแรกเกิด กับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดในปี พ.ศ.2542 กลุ่มตัวอย่างคือมารดาที่มีบุตรคนแรกในระยะหลังคลอด 46 สัปดาห์มาตรฐานที่โรงพยาบาลรามาริบัติจำนวน 150 คน พบว่ามารดามีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับดี อายุ ระยะเวลาในการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา การรับรู้พฤติกรรมทารกแรกเกิด มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มารดาหลังคลอดที่อายุมากขึ้น มีการสนับสนุนทางสังคมดี และมีการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดาที่ดี จะสามารถปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอดได้ดีขึ้น

ศศิญา บัวผุด<sup>(95)</sup> ศึกษาปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง แรงสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวด้านบทบาทของมารดาหลังคลอดในปีพ.ศ.2545 ภายใต้กรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอย กลุ่มตัวอย่างคือมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ที่มาตรฐานหลังคลอดที่หน่วยสูตินรีกรรมของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พบว่ารายได้ครอบครัวต่อเดือน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและแรง

สนับสนุนทางสังคมนั้น มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านบทบาทของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่สามารถทำนายการปรับตัวด้านบทบาทของมารดาหลังคลอดได้แก่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวด้านบทบาทของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ **36.9** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

**Laurie Barclay<sup>(10)</sup>** ศึกษาภาวะวิตกกังวลในมารดาหลังคลอดครรภ์แรกจำนวน **325** รายที่ศูนย์การแพทย์เมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลีย ในปีพ.ศ.2549 ด้วยแบบสอบถามทางจิต **EPDS** และ **DASS-21** กลุ่มมารดาที่ศึกษาอายุ **18-44** ปี (เฉลี่ย **32** ปี) มีบุตรอายุ **6** สัปดาห์และ **6** เดือน พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดที่ใช้แบบสอบถาม **EPDS** เท่ากับร้อยละ **25** และ **DASS-21** เท่ากับร้อยละ **19** ภาวะวิตกกังวลเท่ากับร้อยละ **13** และมารดาที่มีทั้งภาวะวิตกกังวลภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ **7**

**Noelle Border, CNM, MSN.<sup>(9)</sup>** ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสุขภาพมารดาหลังคลอดกับวิธีการคลอดโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในปีพ.ศ.2549 พบว่าแนวโน้มของการผ่าท้องทำคลอดเพิ่มขึ้น จากสถิติปีพ.ศ.2545 คลอดปกติร้อยละ **68** คลอดโดยช่วยคลอดทางช่องคลอดร้อยละ **5.9** คลอดโดยผ่าท้องทำคลอดร้อยละ **26** ในช่วงหลังคลอด **3** เดือนมารดาผ่าตัดคลอดมีอาการเจ็บแผลผ่าตัดร้อยละ **10** และในช่วง **6-7** เดือนเจ็บแผลผ่าตัดร้อยละ **60** มารดาที่คลอดปกติและคลอดโดยช่วยคลอดทางช่องคลอดมีอาการปวดไม่สุด และเป็นริดสีดวงทวารมากกว่า โดยที่มารดาผ่าตัดคลอดมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ **23** ขณะที่มารดาคลอดปกติมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าคือร้อยละ **18** นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านสุขภาพ ด้านเพศสัมพันธ์ และระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ท้องผูก ท้องอืด ฯ

**อัญชลี ชันทุเลา<sup>(14)</sup>** ศึกษาภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปีพ.ศ.2548 โดยใช้ **EPDS** เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ระยะ **2-7** วันหลังคลอดร้อยละ **51.8** พบ **3** อาการเด่นได้แก่ วิตกกังวล นอนหลับยาก ไม่มีความสุขจนร้องไห้ และความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ระยะ **4-6** สัปดาห์หลังคลอดร้อยละ **34** ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ระยะ **4-6** สัปดาห์ ได้แก่ ประวัติการมีโรคประจำตัว เพศของบุตรไม่ตรงตามความต้องการ การสนับสนุนทางสังคมน้อย ปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าที่ระยะ **4-6** สัปดาห์หลังคลอด ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของมารดาที่ระยะ **2-7** วันหลังคลอด และประวัติการมีโรคประจำตัว



## บทที่ 3

### วิธีการดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยศึกษาที่ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional)

#### ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือมารดาหลังคลอดของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
ประชากรตัวอย่าง (Sample Population) คือมารดาหลังคลอดที่มารับบริการด้านสุขภาพที่แผนกผู้ป่วยนอกของแผนกกุมารเวชศาสตร์และหน่วยวางแผนครอบครัว ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีบุตรอายุ 1-3 เดือน

#### เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. มารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. มารดาที่มีบุตรอายุตั้งแต่ 1-3 เดือน ในช่วงวันที่ 1 มกราคม-29 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2551 และมารับบริการด้านสุขภาพที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. ไม่จำกัดอายุของมารดา (ขณะคลอด) และจำนวนการตั้งครรภ์ของมารดา
4. มารดาและ / หรือทารกไม่มีอาการแทรกซ้อนหลังคลอดที่รุนแรง
  - 41 ทารกเกิดครบกำหนด (อายุครรภ์ตั้งแต่ 37-41 สัปดาห์)
  - 42 ทารกไม่มีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด (birth asphyxia)
  - 43 ทารกไม่มีภาวะพิการแต่กำเนิด (congenital abnormalities)
  - 44 ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ระหว่าง 2,500-4,000 กรัม)
  - 45 มารดาไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
  - 46 มารดาไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคติดเชื้อที่รุนแรง (โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ โรคเอดส์ โรคมะเร็ง)
5. มารดาหลังคลอดที่สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารได้ สามารถอ่านหนังสือออก และทำแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง

6 ยินดีและสมัครใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัย โดยลงชื่อในใบยินยอมให้ความร่วมมือเข้าโครงการวิจัย

### เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีโรคทางด้านร่างกายหรือทางด้านจิตเวชที่รุนแรง เช่น โรคจิต (psychotic disorders) ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ได้
2. มารดาและ/หรือทารกที่มีอาการแทรกซ้อนหลังคลอดที่รุนแรง
3. มารดาที่มีโรคประจำตัวหรือโรคติดเชื้อที่รุนแรง เช่น โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ โรคเอดส์ โรคมะเร็ง
4. มารดาที่ไม่ได้ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและติดตามข้อมูลไม่ได้

ตัวอย่าง (Sample) คือมารดาหลังคลอดของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีบุตรอายุ 1-3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม- 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2551 ที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด โดยไม่มีการสุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 197 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเฉลี่ย 25- 30 รายต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

### การกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample size determination)

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 pq}{d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha}$  = 1.96 ที่ระดับความเชื่อมั่นในการสรุปข้อมูลเท่ากับร้อยละ 95

p = ความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด

อ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาของปิ่นแก้ว โชติอำนวย ที่รายงานผลการศึกษาในปี พ.ศ.2543 ได้ค่าความชุกของภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 0.04 และค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.02

คำนวณจากค่าความชุกของภาวะวิตกกังวล

$$q = 1 - p = 1 - 0.04 = 0.96$$

$$d = \text{acceptable error} = 0.03$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.04)(0.96)}{(0.03)^2}$$

$$= 163.90$$

จากค่าความชุกของภาวะวิตกกังวลต้องใช้ตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน **164** ราย เก็บเพิ่มอีกร้อยละ **20** เท่ากับ **196.8** คิดเป็น **197** ราย

คำนวณจากค่าความชุกของภาวะซึมเศร้า

$$q = 1 - p = 1 - 0.02 = 0.98$$

$$d = \text{acceptable error} = 0.03$$

$$n = \frac{(1.96)^2(0.02)(0.98)}{(0.03)^2}$$

$$= 83.66$$

$$= 84$$

จากค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าต้องใช้ตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน **84** คน เก็บเพิ่มอีกร้อยละ **20** เท่ากับ **100.8** คิดเป็น **101** คน

เพราะฉะนั้นในการวิจัยนี้จึงใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่าเป็นเกณฑ์คือ **197** คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามทั้งหมด **72** ข้อ ประกอบด้วย

**1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว** ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเองจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน **12** ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ลักษณะงาน รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตเวช ประวัติโรคประจำตัว รวมถึงการใช้สารเสพติดและลักษณะครอบครัว

**2. แบบสอบถามข้อมูลการคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา** ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาและรวบรวมมาจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน **21** ข้อ

**3. แบบสอบถามภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai-HADS)** ซึ่ง ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ<sup>(97)</sup> ได้พัฒนามาจาก Hospital Anxiety Depression Scale ของ Zigmund and Smaith<sup>(98)</sup> มีค่าความเที่ยงของแบบทดสอบฉบับภาษาไทยจากการวิเคราะห์โดยใช้วิธีของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) พบว่ามีค่าเท่ากับ **0.86** สำหรับข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล และมีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาคเท่ากับ **0.83** สำหรับข้อคำถามของภาวะซึมเศร้า ลักษณะของแบบสอบถามเป็น **self rating scale** ประกอบด้วยคำถาม **14** ข้อ โดยข้อที่เป็นเลขคู่จะเป็นคำถามที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ส่วนข้อที่เป็นเลขคี่จะเป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล ซึ่งจะคิดคะแนนเฉพาะข้อที่เป็นเลขคี่ จำนวน **7** ข้อ วิธีการให้คะแนน

จะมีข้อคำถามที่ตอบเชิงลบจำนวน 5 ข้อ (ข้อ 1,3,5,11,13) ให้คะแนน 3,2,1,0 คะแนน ยกเว้นข้อที่ 7,9 ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ตอบเชิงบวก ให้คะแนน 0,1,2,3 คะแนน โดยแบ่งลำดับคะแนนดังนี้

- 0- 7 คะแนน เป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล
- 8-10 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (doubtful cases)
- 11-21 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (cases)

สำหรับอาการซึมเศร้า คิดคะแนนข้อคู่ทั้งหมด (2,4,6,8,10,12,14) รวมกัน ซึ่งจะมีข้อคำถามที่ตอบเชิงบวกจำนวน 4 ข้อ (ข้อ 2,4,12,14) ให้คะแนน 0,1,2,3 คะแนน ยกเว้นข้อที่ 6,8,10 ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ตอบเชิงลบ ให้คะแนน 3,2,1,0 คะแนน โดยแบ่งลำดับคะแนนดังนี้

- 0- 7 คะแนน เป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- 8-10 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (doubtful cases)
- 11-21 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (cases)

ผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมของกลุ่มอาการใดเกินกว่า 11 แสดงว่าอาจมีความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มอาการนั้น สำหรับในการวิจัยนี้มีเกณฑ์ตัดคะแนนที่ 8 คะแนนขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลและ/หรือภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ<sup>(97,98)</sup> ได้ทำการศึกษาความเชื่อถือได้และความแม่นยำของแบบวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลรามาราชิดจำนวน 60 รายโดยเครื่องมือในการวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ จากผลการศึกษา พบว่า Thai HADS สามารถใช้วัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ศึกษาได้ดี โดยมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับภาวะวิตกกังวล เท่ากับร้อยละ 100 และ 86.0 ตามลำดับและมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 85.71 และร้อยละ 91.3 ตามลำดับ เมื่อใช้ cut-off point ที่คะแนน > 11 คะแนนเป็นเกณฑ์ในการตัดสินว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช โดย Thai HADS มีความเห็นพ้องกับการวินิจฉัยทางคลินิกคิดเป็นร้อยละ 88.33 สำหรับภาวะวิตกกังวล ( $p < 0.0001$ ,  $kappa = 0.67$ ) และร้อยละ 90 สำหรับภาวะซึมเศร้า ( $p < 0.0001$ ,  $kappa = 0.73$ ) ส่วนค่าความเชื่อถือได้ พบว่าค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของทั้ง 2 sub-scale อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ โดยมีค่า cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8551 สำหรับ anxiety sub-scale และ 0.8259 สำหรับ depression sub-scale ผลการศึกษาแสดงว่าสมควรนำ Thai HADS มาใช้เป็นแบบคัดกรองภาวะวิตก

กังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไทยในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สั้น กะทัดรัดและมีค่าความแม่นยำและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี

4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ดัดแปลงมาจาก **The Personal Resource Questionnaire : PRQ PartII** ของ **Brandt and Weinert<sup>(84)</sup>** ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ โดยเป็น **self-rating scale** 5 ระดับ พิจารณา 5 องค์ประกอบคือ

- 1) การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (**social integration**) ข้อ 6, 8, 9, 16, 18
- 2) การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ (**assistance and guidance**)  
ข้อ 4, 14, 15, 22, 25
- 3) การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น (**opportunity for nurturance**) ข้อ 7, 12, 17, 21, 24
- 4) การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง (**self-worth**) ข้อ 2, 3, 5, 13, 25
- 5) ความผูกพันใกล้ชิด (**intimacy**) ข้อ 1, 10, 11, 19, 20

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีของครอนบาค (**cronbach's alpha coefficient**) เท่ากับ **0.85** ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ โดยเป็น **self-rating scale**

คำถามเชิงบวก (ข้อ 1,2,3,5,6,8,9,11,12,13,14,15,17,18,19,20,21,22,23,25) ให้คะแนนดังนี้

- 0 = ไม่จริงเลย  
1 = เป็นจริงเล็กน้อย  
2 = เป็นจริงปานกลาง  
3 = เป็นจริงมาก  
4 = เป็นจริงมากที่สุด

คำถามเชิงลบ (ข้อ 4,7,10,16,24) ให้คะแนนกลับกัน

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง **0-100** คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

- แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คือผู้มีคะแนนน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (น้อยกว่า  $\bar{X} + 1SD$ .)
- แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คือผู้มีคะแนนอยู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดรวมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $\bar{X} \pm 1SD$ .)
- แรงสนับสนุนทางสังคมสูง คือผู้มีคะแนนมากกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดรวมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (มากกว่า  $\bar{X} + 1SD$ .)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาจากเอกสารโดยศึกษาจากหนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ รายงานการประชุม เอกสารราชการ และเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ขออนุมัติและส่งโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนอเรื่องขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่ออธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
5. ขอเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกของกุมารเวชศาสตร์ หน่วยวางแผนครอบครัว และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ศึกษา เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล
6. เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาทีขึ้นกับผู้ป่วย
7. การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยจะเก็บตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-29 กุมภาพันธ์ 2551
8. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ และนำข้อมูลที่ได้ออกมาวิเคราะห์ วิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Window 13.0 โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistic) ได้แก่ t-test, chi-square และ one way analysis of variance (ANOVA) เพื่อสรุปผลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และเพื่อหาความสัมพันธ์ของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ากับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “ความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยเก็บข้อมูลจากมารดาหลังคลอดที่มารับบริการด้านสุขภาพที่แผนกผู้ป่วยนอกของกุมารเวชศาสตร์และหน่วยวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีบุตรอายุ 1-3 เดือน จำนวน 198 ราย โดยใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์เป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด

ตอนที่ 2 การคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

ตอนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 4 ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 6 ความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นๆกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอด จำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน (n=198)	ร้อยละ
1.อายุ ( $\bar{X} = 28.34$ S.D. = 5.82)		
1.1 ช่วงอายุ 15- 24ปี	69	34.85
1.2 ช่วงอายุ 25- 34ปี	96	48.48
1.3 ช่วงอายุตั้งแต่ 35ปีขึ้นไป	33	16.67

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอด จำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน

	ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน (n=198)	ร้อยละ
<b>2 สถานภาพ</b>			
	2.1 อยู่ด้วยกัน	189	95.45
	2.2 แยกกันอยู่	8	4.04
	2.3 หย่าร้าง	0	0.00
	2.4 หม้าย	0	0.00
	2.5 โสด	1	0.51
<b>3 ศาสนา</b>			
	3.1 พุทธ	190	95.96
	3.2 คริสต์	2	1.01
	3.3 อิสลาม	6	3.03
<b>4 อาชีพ</b>			
	4.1 รับจ้าง/พนักงานบริษัท	114	57.58
	4.2 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	14	7.07
	4.3 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13	6.56
	4.4 วิชาชีพอิสระ	4	2.02
	4.5 แม่บ้าน	49	24.75
	4.6 อื่นๆ(นักศึกษา)	4	2.02
<b>5 ลักษณะงาน</b>			
	5.1 ทำงานนอกบ้าน	133	67.17
	5.2 ทำงานที่บ้าน	61	30.81
	5.3 ไม่ได้ทำงาน	4	2.02
<b>6 รายได้ของครอบครัว (<math>\bar{X} = 18,558.28</math> S.D. = 13,600.86)</b>			
	6.1 น้อยกว่า 10,000 บาท	60	30.30
	6.2 10,001 - 20,000 บาท	90	45.45
	6.3 20,001 - 30,000 บาท	33	16.67
	6.4 มากกว่า 30,000 บาท	15	7.58



ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอด จำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน (n=198)	ร้อยละ
<b>7. ความพอเพียงของรายได้ของครอบครัว</b>		
7.1 รายได้เพียงพอ มีเงินออม	101	51.01
7.2 รายได้เพียงพอ ไม่มีเงินออม	75	37.88
7.3 รายได้ไม่เพียงพอ	22	11.11
<b>8 ระดับการศึกษา</b>		
8.1 ประถมศึกษา	42	21.21
8.2 มัธยมศึกษา	74	37.38
8.3 อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	32	16.16
8.4 ปริญญาตรี	42	21.21
8.5 สูงกว่าปริญญาตรี	8	4.04
<b>9 ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย</b>		
9.1 ไม่มี	183	92.42
9.2 มี	15	7.58
- โรคติดเชื้อ	5	2.55
- โรคไม่ติดเชื้อ	4	2.04
- เคยได้รับการผ่าตัด/ใส่เฟือก	6	3.06
<b>10 ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม</b>		
10.1 ไม่มี	197	99.49
10.2 มี	1	0.51
<b>11. ประวัติโรคประจำตัว</b>		
11.1 ไม่มี	172	86.87
11.2 มี	26	13.13
<b>12. สารเสพติดที่ใช้ (รวมถึงสุราและบุหรี่)</b>		
12.1 ไม่มี	191	96.46
12.2 มี	7	3.54
<b>13. ลักษณะครอบครัว</b>		
13.1 ครอบครัวเดี่ยว	110	55.56
13.2 ครอบครัวขยาย	88	44.44

จากตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอด จำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน พบว่ามารดาหลังคลอดมีอายุอยู่ในช่วง 25-34 ปีมากที่สุดคือร้อยละ 48.48 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 15-24 ปีร้อยละ 34.85 และมีอายุมากกว่า 35 ปีน้อยที่สุดคือร้อยละ 16.67

สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันมากที่สุดร้อยละ 95.45 รองลงมาคือแยกกันอยู่และโสดร้อยละ 4.04 และ 0.51 ตามลำดับ ไม่พบว่ามีคู่สมรสที่ย่ำร้างและ/หรือเป็นหม้าย มารดาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 95.96

ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัทคิดเป็นร้อยละ 57.58 รองลงมาเป็นแม่บ้านค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวและรับราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 24.75, 7.07 และ 6.56 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้านคิดเป็นร้อยละ 67.17 มารดามีรายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาทร้อยละ 45.45 รองลงมา ได้แก่ รายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท รายได้ระหว่าง 20,001-30,000 บาท และรายได้มากกว่า 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.30, 16.67 และ 7.58 ตามลำดับ โดยมารดาส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอและมีเงินออมร้อยละ 51.01

จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาสูงที่สุดร้อยละ 37.38 รองลงมาคือ จบระดับประถมศึกษาเท่ากับระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 21.21

มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ปฏิบัติสุขภาพประจำวัน ระวังโรคทางจิตเวช โรคประจำตัว และการใช้สารเสพติด โดยมีค่าร้อยละดังนี้ ไม่มีการเจ็บป่วยทางกายร้อยละ 92.42 ไม่มีประวัติทางจิตเวชเดิมร้อยละ 99.49 และไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 86.87 โดยส่วนใหญ่ไม่ใช้สารเสพติดร้อยละ 96.46

ลักษณะครอบครัวของมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ร้อยละ 55.56 เป็นครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยายร้อยละ 44.44

## ตอนที่ 2 การคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอด จำแนกตามการคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

การคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา	จำนวน (n=198)	ร้อยละ
<b>1. การตั้งครรภ์ (<math>\bar{X} = 1.71</math> S.D. = 0.86)</b>		
1.1 ครั้งที่ 1	98	49.49
1.2 ครั้งที่ 2	68	34.34
1.3 ครั้งที่ 3 ขึ้นไป	32	16.17

ตารางที่ 2(ต่อ) จำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอด จำแนกตามการคลอดและการเลี้ยงบุตร  
ด้วยนมมารดา

การคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา	จำนวน (n=198)	ร้อยละ
<b>2 จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ (<math>\bar{X} = 1.48</math> S.D. = 0.68)</b>		
21 1 ราย	118	59.59
22 2 ราย	68	34.34
23 > 2 ราย	12	6.07
<b>3 อายุครรภ์ขณะคลอด (<math>\bar{X} = 38.51</math> S.D. = 1.22)</b>		
31 37-38 สัปดาห์	112	56.56
32 39-40 สัปดาห์	77	38.89
33 > 40 สัปดาห์	9	4.55
<b>4 น้ำหนักแรกเกิดของบุตร (<math>\bar{X} = 3,127.23</math> S.D. = 380.18)</b>		
41 2,500 - 3,000 กรัม	87	43.94
42 3,001 - 3,500 กรัม	79	39.90
43 3,5001 - 4,000 กรัม	32	16.16
<b>5 อายุบุตรคนปัจจุบัน (<math>\bar{X} = 1.37</math> S.D. = 0.67)</b>		
51 1 เดือน	145	73.23
52 2 เดือน	32	16.16
53 3 เดือน	21	10.61
<b>6 วิธีการคลอด</b>		
61 คลอดทางช่องคลอด	113	57.07
62 ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	85	42.93
<b>7 ระยะเวลาที่ตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว</b>		
7.1 < 1 เดือน	17	8.58
7.2 1-3 เดือน	89	44.95
7.3 4- 6 เดือน	41	20.71
7.4 6-12 เดือน	33	16.67
7.5 > 12 เดือน	18	9.09

ตารางที่ 2(ต่อ) จำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอด จำแนกตามการคลอดและการเลี้ยงบุตร  
ด้วยนมมารดา

การคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา	จำนวน (n=198)	ร้อยละ
<b>8. ระยะเวลาที่มีสิทธิ์ลาคลอด</b>		
81 ลาไม่ได้	18	9.10
82 < 30 วัน	20	10.10
83 31- 60	28	14.14
84 61- 90 วัน	88	44.44
85 > 90 วัน	44	22.22
<b>9. แหล่งข้อมูลที่ได้รับความรู้ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา</b>		
91 ศึกษาด้วยตนเอง	120	60.61
92 โรงพยาบาล	174	87.88
93 ที่ทำงาน	25	12.63
94 สื่อต่างๆ (วิทยุ โทรทัศน์)	91	45.96
<b>10. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในเรื่องใดบ้าง</b>		
101 ประโยชน์ของนมมารดา	190	96.00
102 เทคนิคการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา	103	52.00
103 ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา	55	27.78
104 การปั๊มและการเก็บน้ำนมมารดา	112	56.57
105 ระยะเวลาที่เหมาะสมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา	123	62.12
<b>11. การวางแผนในการเลี้ยงบุตร</b>		
11.1 เลี้ยงเองโดยลำพัง	43	21.72
11.2 มีญาติผู้ใหญ่ช่วยเลี้ยง(อยู่บ้านเดียวกัน)	95	47.98
11.3 มีญาติผู้ใหญ่ช่วยเลี้ยง(อยู่คนละบ้าน)	60	30.30
<b>12. การเข้าร่วมโครงการ “นมแม่” ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์</b>		
121 เข้าร่วมโครงการ	62	31.31
122 ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ	136	68.69

ตารางที่ 2(ต่อ) จำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอด จำแนกตามการคลอดและการเลี้ยงบุตร  
ด้วยนมมารดา

การคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา	จำนวน (n=198)	ร้อยละ
<b>13. ระยะเวลาที่เริ่มมีน้ำนมครั้งแรกหลังคลอด</b>		
131 วันแรก	39	19.70
132 วันที่2	51	25.75
133 วันที่3-5	99	50.00
134 มากกว่าวันที่7	9	4.55
<b>14. ระยะเวลาที่เริ่มให้บุตรดูดนมครั้งแรกหลังคลอด</b>		
141 ตั้งแต่1-2 ชั่วโมง	56	28.28
142 ตั้งแต่3-4 ชั่วโมง	12	6.06
143 ตั้งแต่5-8 ชั่วโมง	19	9.60
144 มากกว่า8 ชั่วโมง	111	56.06
<b>15. ลักษณะหัวนมมารดา</b>		
151 ปกติ	163	82.32
152 ไม่ปกติ	35	17.68
<b>16. ลักษณะการดูดนมมารดาของบุตร</b>		
161 ดูดได้ดี	161	81.31
162 ดูดไม่ดี	20	10.10
163 ไม่ยอมดูด	17	8.59
<b>17. วิธีการให้นมมารดา/นมผสม</b>		
171 นมมารดาอย่างเดียว	89	44.95
172 นมมารดาและนมผสม 1-2 มื้อ / วัน	36	18.18
173 นมมารดาและนมผสม 3-4 มื้อ / วัน	24	12.12
174 นมมารดาและนมผสม 5-6 มื้อ / วัน	29	14.65
175 นมผสมอย่างเดียว	14	7.07
176 นมมารดาและน้ำหรือน้ำผลไม้	6	3.03

ตารางที่ 2(ต่อ) จำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอด จำแนกตามการคลอดและการเลี้ยงบุตร  
ด้วยนมมารดา

การคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา	จำนวน (n=198)	ร้อยละ
<b>18. อาการไม่สุขสบายขณะให้นมบุตร</b>		
18.1 ไม่มี	124	62.63
18.2 มี	74	37.37
<b>19. ลักษณะของบุตร</b>		
19.1 เลี้ยงง่าย	83	41.92
19.2 งอแงเป็นบางครั้ง	115	58.08
<b>20. สาเหตุที่ท่านตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเนื่องจาก</b>		
20.1 นมมารดามีประโยชน์	195	98.49
20.2 ประหยัดค่าใช้จ่าย	126	63.64
20.3 สะดวกสบาย	82	41.41
20.4 ค่านิยม ความเชื่อ ประเพณี	18	9.09
<b>21. ท่านได้รับการสนับสนุนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจาก</b>		
21.1 ตนเอง	160	80.81
21.2 เพื่อน	46	23.23
21.3 บิดา-มารดา	109	55.05
21.4 สามี	89	44.95
21.5 บุคคลากรทางการแพทย์	142	71.72
21.6 ที่ทำงาน	27	13.64
<b>22. หากท่านหยุดการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวก่อน</b>		
<b>ระยะเวลาที่ตั้งใจมีสาเหตุมาจาก</b>		
22.1 ทำงานนอกบ้าน	118	59.60
22.2 มารดา-บุตรอยู่รายละบ้าน (บุตรอยู่ต่างจังหวัด)	27	13.64
22.3 ปัญหาด้านสุขภาพของตนเอง	14	7.06
22.4 ปัญหาด้านสุขภาพของบุตร	6	3.03
22.5 นมมารดาไม่เพียงพอ	72	36.37

ตารางที่ 2(ต่อ) จำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอด จำแนกตามการคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

การคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา	จำนวน (n=198)	ร้อยละ
22. หากท่านหยุดการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวก่อน ระยะเวลาที่ตั้งใจมีสาเหตุมาจาก		
22.6 ไม่คิดจะหยุดนมแม่	1	0.51
22.7 กลับไปศึกษาต่อ	2	1.01

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอด จำแนกการคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พบว่ามารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ตั้งครรถ์ครั้งแรกร้อยละ 49.49 รองลงมาตั้งครรถ์ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 34.34 และ 16.17 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีบุตรจำนวน 1 รายร้อยละ 59.59 ส่วนใหญ่มีอายุครรถ์ขณะคลอด 37-38 สัปดาห์ร้อยละ 56.56 รองลงมา มีอายุครรถ์ขณะคลอด 39-40 สัปดาห์ร้อยละ 38.89 และมีเพียงร้อยละ 4.55 ที่มีอายุครรถ์ขณะคลอดมากกว่า 40 สัปดาห์ โดยส่วนใหญ่มีน้ำหนักแรกเกิดของบุตรอยู่ระหว่าง 2,500-3,000 กรัม คิดเป็นร้อยละ 43.94 และส่วนใหญ่เป็นมารดาหลังคลอดเดือนแรกร้อยละ 73.23

มารดาส่วนใหญ่คลอดบุตรโดยวิธีคลอดทางช่องคลอดร้อยละ 57.07 และคลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 42.93 ส่วนใหญ่มารดามีความตั้งใจที่จะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวระหว่าง 1 - 3 เดือนมากที่สุดคือร้อยละ 44.95 นอกจากนี้มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีสิทธิลาคลอด 61-90 วัน คิดเป็นร้อยละ 44.44

มารดาส่วนใหญ่ได้รับความรู้และคำแนะนำในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจากโรงพยาบาล ร้อยละ 87.88 รองลงมาคือการศึกษาด้วยตนเองและสื่อต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 60.61 และ 45.96 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มารดาได้รับความรู้ในเรื่องประโยชน์ของนมมารดาร้อยละ 96.00 รองลงมาคือระยะเวลาที่เหมาะสมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การปั๊มและการเก็บน้ำนมมารดา และเทคนิคการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา คิดเป็นร้อยละ 62.12, 56.57 และ 52.00 แต่มีเพียงร้อยละ 27.78 ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยส่วนใหญ่มารดาวางแผนที่จะให้นมดิษฐ์ใหญ่ที่อยู่บ้านเดียวกันช่วยเลี้ยงบุตรร้อยละ 47.98

ส่วนใหญ่มารดาไม่ได้เข้าร่วมโครงการ “นมแม่” ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์คิดเป็นร้อยละ 68.69 นอกจากนี้มารดาส่วนใหญ่เริ่มมีน้ำนมครั้งแรกหลังคลอดแล้ว 3-5 วันร้อยละ 50.00 และระยะเวลาที่เริ่มให้บุตรดูดนมครั้งแรกหลังจากคลอดแล้วมากกว่า 8 ชั่วโมงคิดเป็นร้อยละ 56.06

มารดาส่วนใหญ่มีลักษณะห้วนมที่ปกติร้อยละ 82.32 โดยลักษณะการดูคนของบุตรส่วนใหญ่ดูดีร้อยละ 81.31 สำหรับวิธีการให้นมส่วนใหญ่มารดาจะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวร้อยละ 44.95 และมารดาส่วนใหญ่จะไม่มีอาการไม่สุขสบายขณะให้นมบุตรร้อยละ 62.63 และส่วนใหญ่ลักษณะบุตรเป็นเด็กที่อวบเป็นบางครั้งร้อยละ 58.08 และเป็นเด็กที่เลี้ยงง่ายร้อยละ 41.92

สาเหตุที่มารดาส่วนใหญ่ตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เนื่องจากนมมารดามีประโยชน์ร้อยละ 98.49 รองลงมาคือประหยัดค่าใช้จ่ายและสะดวกสบายร้อยละ 63.64 และ 41.41 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ตั้งใจด้วยตนเองที่จะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาร้อยละ 80.81 และรองลงมาคือได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ และบิดา-มารดาคิดเป็นร้อยละ 71.72 และ 55.05 ตามลำดับ มารดาส่วนใหญ่ให้เหตุผลที่จะหยุดการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวก่อนระยะเวลาที่ตั้งใจมีสาเหตุเนื่องจากต้องทำงานนอกบ้านร้อยละ 59.60 และสาเหตุรองลงมาเนื่องจากน้ำนมมารดาไม่เพียงพอร้อยละ 36.37

### ตอนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอด จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม ( $\bar{X} = 63.25$ S.D. = 13.19)	จำนวน (ร้อยละ)		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	35 17.68%	151 76.26%	12 6.06%
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ	25 12.63%	154 77.77%	19 9.60%
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น	30 15.15%	149 75.25%	19 9.60%
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง	28 14.14%	151 76.26%	19 9.60%
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านความผูกพันใกล้ชิด	34 17.17%	147 74.24%	17 8.59%
แรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม	33 16.67%	138 69.70%	27 13.63%



ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอด จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ามารดาหลังคลอดมีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางมากที่สุดคือร้อยละ 69.70 รองลงมาคือแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ และแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 16.67 และ 13.63 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาแยกเป็นแต่ละด้าน พบว่ามารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำมากที่สุดคือร้อยละ 77.77 ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเท่ากับด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองคือร้อยละ 76.26 รองลงมาคือด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่นคิดเป็นร้อยละ 75.25 และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความผูกพันใกล้ชิดน้อยที่สุดคือร้อยละ 74.24

มารดาหลังคลอดที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมากที่สุดคือร้อยละ 17.68 รองลงมาได้แก่ด้านความผูกพันใกล้ชิด ด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น ด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองและด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำน้อยที่สุดคือร้อยละ 17.17, 15.15, 14.14 และ 12.63 ตามลำดับ

มารดาหลังคลอดที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ ด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่นและด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองเท่ากันคือร้อยละ 9.60 รองลงมาได้แก่ด้านความผูกพันใกล้ชิด และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมน้อยที่สุดคือร้อยละ 8.59 และ 6.06 ตามลำดับ

#### ตอนที่ 4 ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอด จำแนกตามภาวะวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวล ( $\bar{X} = 4.84$ , S.D. = 2.69)	จำนวน (n=198)	ร้อยละ
1. ไม่มีภาวะวิตกกังวล	167	84.34
2. มีภาวะวิตกกังวล แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน	24	12.12
3. มีภาวะวิตกกังวลที่ถือเป็นความผิดปกติ	7	3.54

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอดจำแนกตามภาวะวิตกกังวล พบว่ามารดาหลังคลอดส่วนเป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 84.34 ถัดมาคือกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลสูงแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน และกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวชคิดเป็นร้อยละ 12.12 และ 3.54 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอด จำแนกตามภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า ( $\bar{X} = 403$ , S.D. = 315)	จำนวน (n=198)	ร้อยละ
1. ไม่มีภาวะซึมเศร้า	172	86.87
2. มีภาวะซึมเศร้า แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน	19	9.59
3. มีภาวะซึมเศร้าที่ถือเป็นความผิดปกติ	7	3.54

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอด จำแนกตามภาวะซึมเศร้า พบว่ามารดาหลังคลอดส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 86.87 รองลงมาคือกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามากแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน และกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติร้อยละ 9.59 และ 3.54 ตามลำดับ

ในการวิจัยนี้ จะแบ่งกลุ่มมารดาหลังคลอดเป็น 2 กลุ่มในการวิเคราะห์ข้อมูล คือกลุ่มที่ไม่มีอาการผิดปกติ และกลุ่มที่มีอาการผิดปกติแต่ไม่ชัดเจน ไปจนถึงกลุ่มที่ถือเป็นความผิดปกติ โดยมีค่าคะแนนภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ที่มากกว่า 8 คะแนนเป็นกลุ่มที่มีอาการมากกว่าปกติ

ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมและในแต่ละด้านกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แรงสนับสนุนทางสังคม	ภาวะวิตกกังวล			$\chi^2$	df	p-value
	ไม่มี	มีมากกว่าปกติ	รวม			
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำภาพรวม	19	14	33	18.321	1	<0.001**
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	122	16	138			
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	26	1	27			
1. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม						
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	28	7	35	1.964	1	0.161
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	127	24	151			
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	12	0	12			

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$

ตารางที่ 6(ต่อ) ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมและในแต่ละด้านกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แรงสนับสนุนทางสังคม	ภาวะวิตกกังวล			c <sup>2</sup>	df	p-value
	ไม่มี	มีมากกว่าปกติ	รวม			
<b>2.แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการ</b>						
<b>ได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ</b>						
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	17	8	25	8.572	1	0.003**
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	131	23	154			
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	19	0	19			
<b>3.แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมี</b>						
<b>โอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น</b>						
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	21	9	30	6.136	1	0.013*
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	128	21	149			
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	18	1	19			
<b>4.แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการ</b>						
<b>ส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง</b>						
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	17	11	28	14.876	1	<0.001**
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	131	20	151			
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	19	0	19			
<b>5.แรงสนับสนุนทางสังคมด้านความ</b>						
<b>ผูกพันใกล้ชิด</b>						
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	20	14	34	19.552	1	<0.001**
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	130	17	147			
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	17	0	17			
รวม	167	31	198			

\* p<0.05 \*\*p<0.01

จากตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมและในแต่ละด้านกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามีมารดาหลังคลอด 33 รายที่แรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมต่ำ โดยที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล 19 ราย และมีภาวะวิตกกังวลมากกว่าปกติ 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.42 สำหรับผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมปานกลางมีทั้งสิ้น 138 ราย โดยที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล 122 ราย และมีภาวะวิตกกังวลมากกว่าปกติ 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.59 นอกจากนี้มารดาที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมสูงจำนวน 27 ราย พบว่าไม่มีภาวะวิตกกังวล 26 ราย และมีเพียง 1 รายที่มีภาวะวิตกกังวลมากกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 3.70

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ **chi-square** พบว่าค่า  $c^2$  มีค่าเท่ากับ 18.321 และมีค่า **p-value** < 0.001 ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จึงมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามีมารดา 35 รายที่แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมต่ำ โดยที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล 28 ราย และมีภาวะวิตกกังวลมากกว่าปกติ 7 ราย สำหรับผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมปานกลาง มีทั้งสิ้น 151 ราย โดยที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล 127 ราย และที่มีภาวะวิตกกังวลมากกว่าปกติ 24 ราย นอกจากนี้พบว่ามีมารดาทั้ง 12 รายที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมสูงไม่มีภาวะวิตกกังวลผิดปกติ

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ค่า  $c^2$  มีค่าเท่ากับ 1.964 และมีค่า **p-value** = 0.161 ซึ่งมากกว่า 0.05 ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามีมารดา 25 รายที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำต่ำ โดยที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล 17 ราย และมีภาวะวิตกกังวลมากกว่าปกติ 8 ราย สำหรับผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำปานกลางมีทั้งสิ้น 154 ราย โดยที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล 131 ราย และมีภาวะวิตกกังวลมากกว่าปกติ 23 ราย นอกจากนี้มารดาทั้ง 19 รายที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำสูงพบว่าไม่มีภาวะวิตกกังวล

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าค่า  $c^2$  มีค่าเท่ากับ **8572** และมีค่า **p-value = 0.003** ซึ่งน้อยกว่า **0.01** ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ **0.01**

ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่นกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามีมารดา **30** รายที่แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่นต่ำ โดยที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล **21** ราย และมีภาวะวิตกกังวลมากกว่าปกติ **9** ราย สำหรับผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่นปานกลาง มีทั้งสิ้น **149** ราย โดยที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล **128** ราย และที่มีภาวะวิตกกังวลมากกว่าปกติ **21** ราย นอกจากนี้ในมารดา **19** รายที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่นสูง พบว่าไม่มีภาวะวิตกกังวล **18** ราย และมีเพียง **1** รายที่มีภาวะวิตกกังวลมากกว่าปกติ

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่นกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าค่า  $c^2$  มีค่าเท่ากับ **6136** และมีค่า **p-value = 0.013** ซึ่งค่า **p-value** น้อยกว่า **0.05** ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่นกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ **0.05**

ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามีมารดา **28** รายที่แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองต่ำ โดยที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล **17** ราย และมีภาวะวิตกกังวลมากกว่าปกติ **11** ราย สำหรับมารดาที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองปานกลางมีทั้งสิ้น **151** ราย โดยที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล **131** ราย และมีภาวะวิตกกังวลมากกว่าปกติ **20** ราย นอกจากนี้มารดาทั้ง **19** รายที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองสูงพบว่าไม่มีภาวะวิตกกังวล

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าค่า  $c^2$  มีค่าเท่ากับ **14876** และมีค่า **p-value < 0.001** ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ **0.01**

ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความผูกพันใกล้ชิดกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามีมารดา **34** รายที่แรงสนับสนุนทางสังคมด้านความผูกพันใกล้ชิดต่ำ โดยที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล **20** ราย และมีภาวะวิตกกังวลมากกว่าปกติ **14** ราย

สำหรับผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความผูกพันใกล้ชิดปานกลางมีทั้งสิ้น 147 ราย โดยที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล 130 ราย และมีภาวะวิตกกังวลมากกว่าปกติ 17 ราย นอกจากนี้มารดาทั้ง 17 รายที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความผูกพันใกล้ชิดสูงพบว่าไม่มีภาวะวิตกกังวล

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความผูกพันใกล้ชิดกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าค่า  $c^2$  มีค่าเท่ากับ 19.552 และมีค่า  $p\text{-value} < 0.001$  ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความผูกพันใกล้ชิดกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมและในแต่ละด้านกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แรงสนับสนุนทางสังคม	ภาวะซึมเศร้า			$c^2$	df	p-value
	ไม่มี	มีมากกว่าปกติ	รวม			
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำภาพรวม	22	11	33	15.206	1	<0.001**
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	123	15	138			
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	27	0	27			
<b>1.แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม</b>						
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	27	8	35	3.117	1	0.078
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	134	17	151			
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	11	1	12			
<b>2.แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ</b>						
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	19	6	25	5.408	1	0.020*
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	134	20	154			
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	19	0	19			

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$

ตารางที่ 7(ต่อ) ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมและในแต่ละด้านกับ  
ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แรงสนับสนุนทางสังคม	ภาวะซึมเศร้า			$c^2$	df	p-value
	ไม่มี	มีมากกว่าปกติ	รวม			
<b>3.แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมี</b>						
<b>โอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น</b>						
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	25	5	30	1.177	1	0.278
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	129	20	149			
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	18	1	19			
<b>4.แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการ</b>						
<b>ส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง</b>						
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	17	11	28	18.046	1	<0.001**
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	136	15	151			
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	19	0	19			
<b>5.แรงสนับสนุนทางสังคมด้านความ</b>						
<b>ผูกพันใกล้ชิด</b>						
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	22	12	34	16.798	1	<0.001**
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	133	14	147			
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	17	0	17			

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$

จากตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามารดา 33 รายที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมระดับต่ำ โดยไม่มีภาวะซึมเศร้า 22 ราย และมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ 11 ราย สำหรับผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมระดับปานกลางมีทั้งสิ้น 138 ราย โดยไม่มีภาวะซึมเศร้า 123 ราย และที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ 15 ราย นอกจากนี้มารดาทั้ง 27 รายที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมสูงพบว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าค่า  $c^2$  มีค่าเท่ากับ 15.206 และมีค่า p-value

น้อยกว่า **0.001** ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ**0.01**

ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามารดาที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมต่ำมี **35** ราย โดยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า **27** ราย และมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ **8** ราย สำหรับผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมปานกลางมีทั้งสิ้น **151** ราย โดยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า **134** ราย และมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ **17** ราย นอกจากนี้มารดาที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมสูง **12** ราย มีเพียงรายเดียวที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าค่า  $c^2$  มีค่าเท่ากับ **3.117** และมีค่า **p-value = 0.078** ซึ่งมีค่ามากกว่า **0.05** ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จึงไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามารดาที่แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำต่ำมี **25** ราย โดยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า **19** ราย และมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ **6** ราย สำหรับผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำปานกลางมีทั้งสิ้น **154** ราย โดยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า **134** ราย และมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ **20** ราย นอกจากนี้มารดาทั้ง **19** ราย ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำสูงพบว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าค่า  $c^2$  มีค่าเท่ากับ **5.408** และมีค่า **p-value = 0.020** ซึ่งน้อยกว่า **0.05** ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่นกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามีมารดาที่แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่นต่ำ **30** ราย โดยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า **25** ราย และมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ **5** ราย สำหรับผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่นระดับปานกลางมีทั้งสิ้น **149** ราย โดยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า **129** ราย และรายที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่า



ปกติ 20 ราย นอกจากนี้มีมารดาที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสดูแลตัวเองสูงมี 19 ราย มีเพียง 1 รายที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสดูแลตัวเองสูงกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าค่า  $c^2$  มีค่าเท่ากับ 1.177 และมีค่า  $p\text{-value} = 0.278$  ซึ่งมากกว่า 0.05 ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสดูแลตัวเองสูงกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามารดาที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองต่ำ 28 ราย โดยไม่มีภาวะซึมเศร้าที่ 17 ราย และมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ 11 ราย สำหรับผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองปานกลางมีทั้งสิ้น 151 ราย โดยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า 136 ราย และที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ 15 ราย นอกจากนี้มีมารดาทั้ง 19 รายที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองสูงพบว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าค่า  $c^2$  มีค่าเท่ากับ 18.046 และมีค่า  $p\text{-value} < 0.001$  ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความผูกพันใกล้ชิดกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามารดาที่แรงสนับสนุนทางสังคมด้านความผูกพันใกล้ชิดต่ำมี 34 ราย โดยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า 22 ราย และมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ 12 ราย สำหรับผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความผูกพันใกล้ชิดปานกลางมีทั้งสิ้น 147 ราย โดยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า 133 ราย และที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ 14 ราย นอกจากนี้มีมารดาทั้ง 17 ราย ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความผูกพันใกล้ชิดสูงพบว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความผูกพันใกล้ชิดกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าค่า  $c^2$  มีค่าเท่ากับ 16.798 และมีค่า  $p\text{-value} < 0.001$  ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมด้านความผูกพันใกล้ชิดกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตอนที่ 6 ความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นๆกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ **chi-square**

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล (n=198)	$\chi^2$	p-value
• อายุ	2.07	0.15
• สถานภาพสมรส	0.00	0.94
• ศาสนา	0.19	0.65
• อาชีพ	2.22	0.13
• ลักษณะงาน	0.81	0.36
• รายได้ของครอบครัว	1.47	0.22
• ความเพียงพอของรายได้	1.57	0.21
• ระดับการศึกษา	0.53	0.46
• ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย	0.06	0.57
• ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม	0.18	0.84
• ประวัติโรคประจำตัว	0.28	0.38
• การใช้สารเสพติด	0.91	0.23
• ลักษณะครอบครัว	0.48	0.30

\*  $p < 0.05$

จากตารางแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะวิตกกังวลของ  
มารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ **chi-square** พบว่าไม่มีปัจจัยใดที่มี  
ความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ **chi-square**

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล (n=198)	$c^2$	p-value
• อายุ	0.04	0.84
• สถานภาพสมรส	0.06	0.79
• ศาสนา	1.63	0.20
• อาชีพ	4.38	0.03*
• ลักษณะงาน	0.73	0.39
• รายได้ของครอบครัว	0.11	0.73
• ความเพียงพอของรายได้	0.01	0.91
• ระดับการศึกษา	0.32	0.57
• ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย	0.00	0.61
• ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม	0.15	0.86
• ประวัติโรคประจำตัว	0.06	0.54
• การใช้สารเสพติด	1.51	0.23
• ลักษณะครอบครัว	3.70	0.04*

\*  $p < 0.05$

จากตารางแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ **chi-square** พบว่ามี 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คืออาชีพที่มีค่า  $c^2$  เท่ากับ 4.38 และมีค่า  $p\text{-value} = 0.03$  ซึ่งน้อยกว่า 0.05 และลักษณะครอบครัวที่มีค่า  $c^2$  เท่ากับ 3.70 และมีค่า  $p\text{-value} = 0.04$  ซึ่งน้อยกว่า 0.05 ดังนั้นอาชีพและลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลไม่มีมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการคลอดและการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดากับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยด้านการคลอดและการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา (n=198)	C <sup>2</sup>	p-value
● จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	0.19	0.66
● อายุครรภ์ขณะคลอด	0.34	0.55
● จำนวนของบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.06	0.80
● วิธีการคลอด	0.01	0.53
● ระยะเวลาที่ตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา	2.72	0.09
● น้ำหนักแรกเกิดของบุตร	2.96	0.08
● อายุของบุตรคนปัจจุบัน	0.01	0.90
● การวางแผนในการดูแลบุตร	4.55	0.13
● การเข้าร่วมโครงการนมแม่	3.26	0.06
● ระยะเวลาที่ให้นม (colostrums) มากครั้งแรก	0.16	0.68
● ระยะเวลาที่เริ่มบุตรดูดนมมารดาครั้งแรก	0.20	0.65
● ลักษณะหัวนมของมารดา	1.66	0.15
● ลักษณะการดูดนมมารดาของบุตร	2.12	0.14

\* p < 0.05

จากตารางแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการคลอดและการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดากับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ไม่พบว่ามียปัจจัยอื่นใดในด้านการคลอดและการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการคลอดและการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดากับภาวะซึ่มเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตัวแปรด้านการคลอดและการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา (n=198)	$\chi^2$	p-value
● จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	0.13	0.71
● อายุครรภ์ขณะคลอด	2.46	0.11
● จำนวนของบุตรที่มีชีวิตอยู่	0.58	0.44
● วิธีการคลอด	0.00	0.56
● ระยะเวลาที่ตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา	0.15	0.69
● น้ำหนักแรกเกิดของบุตร	0.00	0.94
● อายุของบุตรคนปัจจุบัน	0.00	0.92
● การวางแผนในการดูแลบุตร	5.98	0.10
● การเข้าร่วมโครงการนมแม่	0.15	0.42
● ระยะเวลาที่ให้นม (colostrums) มาครั้งแรก	0.46	0.49
● ระยะเวลาที่เริ่มบุตรดื่มนมมารดาครั้งแรก	0.04	0.83
● ลักษณะหัวนมของมารดา	0.59	0.44
● ลักษณะการดูดนมมารดาของบุตร	0.43	0.51

\*  $p < 0.05$

จากตารางแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการคลอดและการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดากับภาวะซึ่มเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ไม่พบว่ามีปัจจัยใดในด้านการคลอดและการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึ่มเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นๆกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยใช้สถิติ t-test

ปัจจัยอื่นๆ	n	mean	SD	t	df	p-value
ประวัติโรคประจำตัว	ไม่มี	172	4.76	-1.04	3212	0.304
	มี	26	5.38			
ลักษณะครอบครัวเดี่ยว	ครอบครัวขยาย	110	5.04	1.097	196	0.274
	ครอบครัวเดี่ยว	88	4.61			
วิธีการคลอด ทางช่องคลอด	ผ่าตัดคลอด	113	5.27	2.544	196	0.012*
	ช่องคลอด	85	4.29			

\* p<0.05

จากตารางเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นๆกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยใช้สถิติ t-test พบว่าวิธีการคลอดเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่มีค่า t เท่ากับ 2.544 และมีค่า p-value = 0.012 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 ดังนั้นวิธีการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ปัจจัยอื่นๆไม่มีมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นๆกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยใช้สถิติ t-test

ปัจจัยอื่นๆ	n	mean	SD	t	df	p-value
ประวัติโรคประจำตัว	ไม่มี	172	4.00	-0.314	3614	0.755
	มี	26	4.19			
ลักษณะครอบครัวเดี่ยว	ครอบครัวขยาย	110	4.45	2.086	196	0.038*
	ครอบครัวเดี่ยว	88	3.51			
วิธีการคลอด ทางช่องคลอด	ผ่าตัดคลอด	113	4.34	1.578	196	0.116
	ช่องคลอด	85	3.62			

\* p<0.05

จากตารางเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นๆกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยใช้สถิติ t-test พบว่าลักษณะครอบครัวเป็นปัจจัยเดียวที่มี

ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่มีค่า  $t$  เท่ากับ **2.086** และมีค่า  $p\text{-value} = 0.038$  ซึ่งน้อยกว่า **0.05** ดังนั้นลักษณะครอบครัวเดียวกันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ปัจจัยอื่นๆ ไม่มีมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ **14** ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอาชีพกับภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยด้านอาชีพ	n	Mean	SD	F	p-value
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	114	4.64	2.45	2.405	0.038*
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	14	3.71	2.78		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13	6.07	2.78		
วิชาชีพอิสระ	4	3.25	3.40		
แม่บ้าน	49	5.26	2.94		
อื่นๆ(นักศึกษา)	4	7.25	2.62		
รวม	198	4.84	2.69		

\*  $p < 0.05$

จากตารางที่ **14** ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอาชีพกับภาวะวิตกกังวล พบว่าอาชีพที่ต่างกันทำให้ภาวะวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ **0.05**

ตารางที่ **15** ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างอาชีพกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านอาชีพ	n	Mean	SD	F	p-value
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	114	3.71	2.71	1.253	0.286
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	14	3.28	2.81		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13	4.84	4.03		
วิชาชีพอิสระ	4	3.75	2.06		
แม่บ้าน	49	4.83	3.85		
อื่นๆ(นักศึกษา)	4	3.25	3.86		
รวม	198	4.03	3.15		

\*  $p < 0.05$

จากตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างอาชีพกับภาวะซึมเศร้า พบว่า อาชีพที่ต่างกันไม่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน และได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post Hoc) ต่อ ได้ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post Hoc) ของค่าเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลจำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	รับจ้าง/ พนักงาน บริษัท	ค้าขาย/ ธุรกิจ ส่วนตัว	รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	วิชาชีพ อิสระ	แม่บ้าน	อื่นๆ (นักศึกษา)
รับจ้าง/พนักงานบริษัท		0.93	-1.44	1.39	-0.62	-2.61
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว			-2.36*	0.46	-1.55	-3.54*
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ				2.83	0.81	-1.17
วิชาชีพอิสระ					-2.02	-4.00*
แม่บ้าน						1.98
อื่นๆ (นักศึกษา)						

\* $p < 0.05$

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการทดสอบของ LSD พบว่าอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวแตกต่างจากอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจและนักศึกษา โดยพบว่าอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมีภาวะวิตกกังวลน้อยกว่าอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจและนักศึกษา นอกจากนี้วิชาชีพอิสระแตกต่างจากนักศึกษา โดยพบว่าวิชาชีพอิสระมีภาวะวิตกกังวลน้อยกว่านักศึกษา

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (**descriptive study**) โดยศึกษาที่ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (**cross-sectional**) มีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด **198** คน ระหว่างวันที่ **1** มกราคมถึงวันที่ **29** กุมภาพันธ์ พ.ศ.2551

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลการคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา แบบสอบถามภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า **Hospital Anxiety Depression Scale** ฉบับภาษาไทย (**Thai-HADS**) และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ดัดแปลงมาจาก **The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part II** ของ **Brandt and Weinert**

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการบรรยายลักษณะทั่วไปของข้อมูล โดยใช้สถิติ **t-test** และ **chi-square** เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ใช้สถิติ **one way analysis of variance (ANOVA)** ในการวิเคราะห์ความแปรปรวน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยเชิงปริมาณต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคม

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

##### 1.1 ข้อมูลด้านบุคคลของมารดาหลังคลอด

พบว่ามารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง **25-34** ปีมากที่สุด คือ ร้อยละ **48.48** สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันมากที่สุดร้อยละ **95.45** ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ **95.96** ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัทคิดเป็นร้อยละ **57.58** ซึ่งส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้านคิดเป็นร้อยละ **67.17** มีรายได้ระหว่าง **10,001 - 20,000** บาทร้อยละ **45.45** โดยส่วนใหญ่มี

รายได้เพียงพอและมีเงินออมร้อยละ **51.01** และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ **37.38**

## 1.2 ข้อมูลด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต

มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ปฏิเสธการเจ็บป่วยทางกายร้อยละ **92.42** ปฏิเสธประวัติทางจิตเวชเดิมร้อยละ **99.49** และปฏิเสธโรคประจำตัวร้อยละ **86.87** ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้สารเสพติดร้อยละ **96.46**

ลักษณะครอบครัวของมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ **55.56** และครอบครัวขยายร้อยละ **44.44**

## 2 ข้อมูลการคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

พบว่ามารดาส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรกร้อยละ **49.49** ส่วนใหญ่มีบุตร **1** รายร้อยละ **59.59** อายุครรภ์ขณะคลอด **37-38** สัปดาห์ร้อยละ **56.56** บุตรมีน้ำหนักแรกเกิดระหว่าง **2,500-3,000** กรัม ร้อยละ **43.94** และมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีบุตรคนปัจจุบันอายุ **1** เดือนร้อยละ **73.23**

มารดาส่วนใหญ่คลอดบุตรโดยคลอดทางช่องคลอดร้อยละ **57.07** และตั้งใจที่จะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวระหว่าง **1-3** เดือนร้อยละ **44.95** นอกจากนี้มารดาส่วนใหญ่มีสิทธิ์ลาคลอด **61-90** วันร้อยละ **44.44**

มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ได้รับความรู้ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจากโรงพยาบาล ร้อยละ **87.88** โดยได้รับความรู้ในเรื่องประโยชน์ของนมมารดาร้อยละ **96.00** และส่วนใหญ่วางแผนที่จะให้ญาติผู้ใหญ่ที่อยู่บ้านเดียวกันช่วยเลี้ยงบุตรร้อยละ **47.98**

ส่วนใหญ่มารดาที่ตอบแบบสอบถามไม่ได้เข้าร่วมโครงการ “นมแม่” ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ร้อยละ **68.69** นอกจากนี้ระยะเวลาที่เริ่มมีน้ำนมครั้งแรกหลังคลอดแล้ว **3-5** วัน ร้อยละ **50.00** โดยระยะเวลาที่เริ่มให้บุตรดูดนมครั้งแรกหลังจากคลอดแล้วมากกว่า **8** ชั่วโมงร้อยละ **56.06**

มารดาส่วนใหญ่มีลักษณะห้วนที่ปกติร้อยละ **82.32** และลักษณะการดูนมมารดาส่วนใหญ่ของบุตรจะดูได้ดีร้อยละ **81.31** มารดาส่วนใหญ่ตั้งใจจะให้ให้นมมารดาอย่างเดียวแก่บุตรร้อยละ **44.95** โดยส่วนใหญ่ไม่พบอาการไม่สุขสบายขณะให้นมบุตรร้อยละ **62.63** ลักษณะของบุตรส่วนใหญ่เป็นเด็กที่อ้วนบางครั้งร้อยละ **58.08** และเป็นเด็กที่เลี้ยงง่ายร้อยละ **41.92**

สาเหตุที่มารดาส่วนใหญ่ตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเนื่องจากนมมารดามีประโยชน์ร้อยละ **98.49** โดยส่วนใหญ่มารดาที่มีความตั้งใจที่จะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาร้อยละ **80.81** มารดาให้เหตุผลที่จะหยุดการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวก่อนระยะเวลาที่ตั้งใจมีสาเหตุเนื่องจากต้องทำงานนอกบ้านร้อยละ **59.60**

### 3 ข้อมูลเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

จำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอดจำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ามารดาหลังคลอดได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางร้อยละ **69.70** รองลงมาคือแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ และแรงสนับสนุนทางสังคมสูงร้อยละ **16.67** และ **13.63** ตามลำดับ

### 4 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด

จำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอดจำแนกตามภาวะวิตกกังวล พบว่ามารดาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะวิตกกังวลร้อยละ **84.34** ถัดมาคือกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลแต่ยังไม่คิดปกติชัดเจน (**doubtful cases**) และกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติ (**cases**) ร้อยละ **12.12** และ **3.54** ตามลำดับ

จำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอดจำแนกตามภาวะซึมเศร้า พบว่ามารดาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ **86.87** รองลงมาคือกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามากแต่ยังไม่คิดปกติชัดเจน (**doubtful cases**) และกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติ (**cases**) ร้อยละ **9.59** และ **3.54** ตามลำดับ

### 5 ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ **chi-square** พบว่ามีค่า **p-value < 0.01** ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จึงมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ **0.01**

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามีค่า **p-value < 0.01** ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ **0.01**

### 6 ความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นๆกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ **chi-square** พบว่าไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้า พบว่ามี **2** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคืออาชีพ ที่มีค่า

**p-value = 0.03 (p < 0.05)** และลักษณะครอบครัวที่มีค่า **p-value = 0.04 (p < 0.05)** ดังนั้นอาชีพและลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ด้านข้อมูลส่วนบุคคลไม่มีมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการคลอดและการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา กับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ **chi-square** ในการวิเคราะห์ ไม่พบว่าปัจจัยใดในด้านการคลอดและการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แต่เมื่อใช้สถิติ **t-test** พบว่าวิธีการคลอดเป็นปัจจัยเพียงตัวเดียวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่มีค่า **t** เท่ากับ **2.544** และมีค่า **p-value = 0.012 (p < 0.05)** ดังนั้นวิธีการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ปัจจัยอื่นๆ ไม่มีมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล และลักษณะครอบครัวเป็นปัจจัยเพียงตัวเดียวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่มีค่า **t** เท่ากับ **2.086** และมีค่า **p-value = 0.038 (p < 0.05)** ดังนั้นลักษณะครอบครัวเดี่ยวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ปัจจัยอื่นๆ ไม่มีมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอาชีพกับภาวะวิตกกังวล พบว่าอาชีพที่ต่างกันทำให้ภาวะวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ **0.05**

แต่เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างอาชีพกับภาวะซึมเศร้า พบว่าอาชีพที่ต่างกันไม่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน และได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post Hoc) ต่อ เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการทดสอบของ **LSD** พบว่าอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีภาวะวิตกกังวลน้อยกว่าอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจและนักศึกษา วิชาชีพอิสระมีภาวะวิตกกังวลน้อยกว่านักศึกษา

### อภิปรายผลการวิจัย

1. ความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในมารดาหลังคลอด **198** คน พบว่ามีความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในชั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติ (cases) เท่ากัน คือร้อยละ **3.54** โดยที่มีความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่มากกว่าปกติเท่ากับร้อยละ **15.66** และ **13.13** ตามลำดับ โดยภาวะวิตกกังวลมีค่า  $\bar{X} = 4.84$  S.D. = **2.69** และภาวะซึมเศร้ามีค่า  $\bar{X} = 4.03$  S.D. = **3.15**

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของปิ่นแก้ว โชติอำนวย<sup>(11)</sup> ที่ศึกษาในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลรามธิบดีระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม พ.ศ.2543 พบว่ามีความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในชั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติร้อยละ **4** และร้อยละ **2** ตามลำดับ และมี

ความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่มากกว่าปกติเท่ากับร้อยละ 13 และ 10 ตามลำดับ นอกจากนี้ภาวะวิตกกังวลมีค่า  $\bar{X} = 4.92$  S.D. = 2.68 และภาวะซึมเศร้ามีค่า  $\bar{X} = 3.97$  S.D. = 2.85 จากผลการศึกษาที่มีความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าใกล้เคียงกัน อาจเนื่องจาก ลักษณะของกลุ่มประชากร (อายุ การศึกษา รายได้) สถาบันที่มารับบริการด้านสุขภาพเป็น โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เป็นสถานที่ฝึกอบรมแพทย์และพยาบาล และใช้เครื่องมือวัดเดียวกันคือ แบบสอบถามภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า **Hospital Anxiety Depression Scale** ฉบับภาษาไทย (**Thai-HADS**)

การศึกษานี้แตกต่างจากอัจฉริย์ ทองสุวรรณ<sup>(12)</sup> ที่ศึกษาในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลรามารับติระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคมในปีพ.ศ.2543 พบว่ามีความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ผิดปกติเท่ากับร้อยละ 5 และ 6.67 ตามลำดับ และมีความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่มากกว่าปกติเท่ากับร้อยละ 25.38 และ 16.67 ตามลำดับ จากผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของอัจฉริย์ ทองสุวรรณ พบความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า น้อยกว่า แม้ว่าจะมีลักษณะของประชากร ลักษณะของสถานบันสุขภาพที่มารับบริการ และ เครื่องมือวัดเดียวกัน แต่ช่วงเวลาเก็บข้อมูล ลักษณะของบุตรและการเจ็บป่วยของบุตรที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ลักษณะของประชากรเป้าหมายในการศึกษานี้ มีเกณฑ์คัดเข้าเฉพาะมารดาและบุตรที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังคลอด ทำให้พบความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของพรศรี ดิสรเตตวัฒน์<sup>(87)</sup> ในปีพ.ศ.2541 ที่พบว่า ความชุกของภาวะวิตกกังวลสูงกว่าคือร้อยละ 61 และภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดใกล้เคียงกันคือร้อยละ 28 โดยใช้เครื่องมือวัดเดียวกันคือ แบบสอบถามภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า **Hospital Anxiety Depression Scale** ฉบับภาษาไทย (**Thai-HADS**)

การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี ชันทุเลา<sup>(14)</sup> ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าใน ระยะเวลาหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤติ (NICU) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปีพ.ศ.2548 โดยใช้ EPDS เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้า หลังคลอด พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ระยะ 2-7 วันหลังคลอดร้อยละ 51.8 และ ความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดร้อยละ 34 โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ระยะ 4-6 สัปดาห์ ได้แก่ ประวัติการมีโรคประจำตัว เพศของบุตรไม่ตรงตามความต้องการ การสนับสนุนทางสังคมน้อย ผลการศึกษาที่ต่างกัน เนื่องจากบุตรมีความเจ็บป่วยและ / หรือมารดามีประวัติการมีโรคประจำตัว และการเลือกใช้เครื่องมือที่ต่างกัน ทำให้พบความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่า

การศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Britton, John R<sup>(9)</sup> ในปีพ.ศ.2548 โดยใช้ เครื่องมือ **State-Trait Anxiety Inventory** ในการวัดภาวะวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรปกติช่วงก่อน

เจ้าหน้าที่กลับบ้าน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีความชุกของภาวะวิตกกังวลระดับเล็กน้อยร้อยละ 43 ระดับปานกลางร้อยละ 24 และระดับรุนแรงร้อยละ 1 ผลการศึกษาที่แตกต่างเนื่องจากการใช้เครื่องมือวัดที่ต่างกัน ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล (ก่อนเจ้าหน้าที่กลับบ้าน) เชื้อชาติและวัฒนธรรมที่ต่างกัน มารดาชาวตะวันตกกล้าแสดงออกและกล้าแสดงความคิดเห็น ต่างจากมารดาชาวไทยที่มีนิสัยขี้อาย ช่างเกรงใจ ไม่กล้าแสดงความรู้สึก มักให้ข้อมูลแบบกลางๆ ถึงแม้ว่าจะเป็นกลุ่มประชากรของมารดาที่มีบุตรปกติก็ตาม แต่เมื่อเจ้าหน้าที่กลับบ้านมารดาต้องปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดาเต็มตัว ประกอบกับลักษณะของสังคมตะวันตกมีลักษณะเป็นสังคมเมืองและครอบครัวเดี่ยว ขาดผู้ช่วยเหลือ ต้องอยู่กันตามลำพังอาจทำให้มีความชุกของภาวะวิตกกังวลสูงกว่า

การศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ **Laurie Barclay<sup>(10)</sup>** ในมารดาหลังคลอดที่ประเทศออสเตรเลีย ปีพ.ศ.2549 ซึ่งใช้เครื่องมือวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ต่างกันคือ **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)** พบว่าภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติร้อยละ 13 และ 25 ตามลำดับ และวัดภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือ **Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21)** พบว่าภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติร้อยละ 19 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่พบว่ามีความชุกของภาวะวิตกกังวลใกล้เคียงกัน และความชุกของภาวะซึมเศร้าพบมากกว่า

นอกจากนี้การเปรียบเทียบการศึกษานี้กับการศึกษาของ ทิพวรรณ เลียบสื่อตระกูล<sup>(13)</sup> โดยใช้แบบสอบถามทางจิตวิทยา **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)** เป็นเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าในปีพ.ศ.2550 ที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์พบว่ามีความชุกร้อยละ 10 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษานี้พบมีความชุกของภาวะซึมเศร้าใกล้เคียงกัน แม้จะใช้เครื่องมือวัดที่ต่างกัน เนื่องจากเชื้อชาติและวัฒนธรรมที่ต่างกัน มีผลทำให้การแสดงออกทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกแตกต่างกัน ส่วนใหญ่ลักษณะครอบครัวของคนไทยจะเป็นครอบครัวขยาย แม้ว่าจะแยกมาเป็นครอบครัวเดี่ยวแต่มีการติดต่อและช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกันตลอด ประกอบกับลักษณะของสังคมไทยมีลักษณะเป็นเครือญาติอยู่แล้ว จึงไม่ค่อยขาดผู้ช่วยเหลือ ทำให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี

อีกประการหนึ่งที่ควรพิจารณา คือความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลของมารดาหลังคลอด ประเทศทางตะวันตกมีการใช้สื่อต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ ฯ อย่างแพร่หลาย ทำให้สามารถเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายมากกว่าและไม่ได้แยกคัดเฉพาะมารดาที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเช่นในการศึกษานี้ เมื่อเปรียบเทียบกัน จึงพบความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามากกว่า

**2 ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**

จากการศึกษานี้ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ **0.01**

และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ตรงตามแนวคิดของเฮาส์<sup>(83)</sup> และของแบรนต์และไวเนอร์ท (Brandt and Weinert)<sup>(84)</sup> สำหรับมารดาในระยะหลังคลอดการที่มารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลใกล้ชิดเมื่อเผชิญกับภาวะเครียด เนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตน ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกว่ามีบุคคลใกล้ชิดให้ความรัก ความเอาใจใส่ช่วยเหลือประคับประคองตลอดจนให้การช่วยเหลือทั้งทางด้านวัสดุสิ่งของ การเงินและแรงงาน รวมทั้งให้ข้อมูล คำแนะนำเพื่อช่วยในการแก้ปัญหา ทำให้มารดามีความพร้อมที่จะเผชิญต่อปัญหา และการปรับตัว สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรีย์ ทองสวรรค์<sup>(12)</sup> พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในระยะหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของศรีญา วิทยประไพพันธ์<sup>(91)</sup>

การศึกษานี้สอดคล้องกับศศิญา บัวผุด<sup>(95)</sup> ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวด้านบทบาทของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชปี พ.ศ.2545 ภายใต้กรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านบทบาทของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการปรับตัวด้านบทบาทของมารดาหลังคลอดได้

การศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของซาราฟิน อีพี<sup>(86)</sup> เกี่ยวกับสมมติฐานการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี คือเมื่อคนประสบกับความเครียด หรือภาวะวิกฤติ คนที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะตกอยู่ในสภาวะเครียดน้อยกว่าคนที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ส่วนใหญ่คนที่มียกระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะสามารถคาดหวังว่ามีบุคคลที่เขาสามารถขอความช่วยเหลือได้ และสามารถอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าวโดยไม่มี ความเครียด เนื่องจากมีบุคคลให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา คอยให้กำลังใจ มารดาที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) และรู้สึกเป็นที่ต้องการของผู้อื่น (sense of belonging) จะทำให้คนมีวิถีสุขภาพที่ดีกว่าคนที่มียกระดับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ เนื่องจากมีความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของคนอื่นและเป็นที่เอาใจใส่ของผู้อื่น จึงต้องดูแลตนเองเป็นอย่างดี

**3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นๆกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**

จากการศึกษานี้ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และการใช้สารเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพและลักษณะครอบครัว ครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการปรับตัว เนื่องจากครอบครัวเป็นสภาพแวดล้อมของบุคคลที่สำคัญยิ่งในการช่วยเสริมสร้างและสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับปัญหาหรือความเครียดต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ โดยการให้ความรัก ความเอาใจใส่แก่สมาชิกในครอบครัว ประกอบกับลักษณะของสังคมไทยมีลักษณะเป็นเครือญาติอยู่แล้ว จึงไม่ค่อยขาดผู้ช่วยเหลือ<sup>(30)</sup> มารดาที่อาศัยในครอบครัวขยาย มีสมาชิกในครอบครัวหลายคน มักจะมีผู้ที่สามารถแบ่งเบาภาระงานต่างๆ ได้แก่ ภาระด้านการดูแลบุตร การทำงานบ้าน และกิจกรรมทางสังคม มารดามีผู้ให้การศึกษา ถือเป็นให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูล สิ่งของและแรงงาน ทำให้มารดาหลังคลอดไม่รู้สึกลำบากและสามารถปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดาได้ดี ส่วนในมารดาที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยสามารถปรับตัวได้ดึ้นนี้อาจเนื่องมาจากสามี ภรรยาจะเกิดความใกล้ชิด มีความเป็นสัดส่วนที่จะอยู่กันตามลำพัง การดำเนินชีวิตของครอบครัวเกิดจากการปรึกษาหารือกันเอง และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง<sup>(30)</sup>

ส่วนปัจจัยด้านการคลอดและการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มีเพียงปัจจัยเดียวคือวิธีการคลอด มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดจะรู้สึกว่าจะต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติในชีวิตจากการผ่าตัดโดยส่งผลกระทบต่อร่างกายและส่งผลให้มารดาเกิดความตึงเครียดทางด้านจิตใจและอารมณ์<sup>(45)</sup> ความไม่สุขสบายจากแผลผ่าตัด ทำให้มารดาารู้สึกอ่อนเพลีย นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ จึงทำให้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดปรับตัวได้ช้ากว่ามารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด

การศึกษานี้สอดคล้องกับพรศรี ดิสรเดชาวัฒน์<sup>(87)</sup> พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ และปัจจัยด้านการคลอด คือน้ำหนักของบุตร ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ส่วนที่ไม่สอดคล้องกัน คือวิธีการคลอดไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

การศึกษานี้สอดคล้องกับอัจฉริย์ ทองสุวรรณ<sup>(12)</sup> พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และลักษณะของบุตรไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับ **Maybery, Linda J.**<sup>(89)</sup> พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะซึมเศร้า

การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปิ่นแก้ว โชติอำนวย<sup>(11)</sup> พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล คืออายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะวิตกกังวล โดยมารดาวัยรุ่นที่อายุน้อยมีความวิตกกังวลสูงกว่ามารดาที่มีอายุมาก อายุเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ การรับรู้และความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ นอกจากนี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล คือ



ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านการคลอด คือจำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะซึมเศร้า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหา เนื่องจากการศึกษาเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาทางสติปัญญาและมีความสามารถในการเรียนรู้

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ **Noelle Border, CNM, MSN**.<sup>(96)</sup> พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดมีปัญหาด้านสุขภาพและภาวะซึมเศร้ามากกว่ามารดาที่คลอดวิธีธรรมชาติ โดยที่มารดาผ่าตัดคลอดร้อยละ 60 ยังคงมีอาการเจ็บแผลผ่าตัดนานถึงช่วง 6-7 เดือน เป็นเหตุให้มารดาวิตกกังวลด้านสุขภาพหลังคลอด เนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ รู้สึกไร้ค่า ไม่มีอิสระเหมือนเดิม เนื่องจากมีการต้องรับผิชอบมากขึ้น ทำให้ยังคงมีภาวะซึมเศร้า

### ข้อจำกัดของงานวิจัยและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยนี้ มีข้อจำกัดและข้อเสนอแนะดังนี้

1. กลุ่มประชากรตัวอย่างในงานวิจัยนี้ อาจไม่เป็นตัวแทนของของกลุ่มประชากรมารดาหลังคลอดได้ทั้งหมด เนื่องจากความแตกต่างกันของสถานบริการทางด้านสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก โรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ และช่วงเวลาที่ต่างกันย่อมมีปัจจัยภายนอกที่มากกระทบแตกต่างกัน

2. ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเก็บข้อมูล คือช่วงที่มารดามาตรวจหลังคลอดที่หน่วยวางแผนครอบครัวมากกว่าช่วงที่มารดานำบุตรมาฉีดวัคซีนที่แผนกผู้ป่วยนอกของแผนกกุมารเวชศาสตร์ ช่วงตรวจหลังคลอดส่วนใหญ่มารดาคนเดียว มารดาสะดวกในตอบแบบสอบถามและมักให้ความร่วมมือดี เนื่องจากไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับบุตรร้องไห้หลังฉีดวัคซีน หรือกลัวเสียเวลารอตรวจนาน และอยากรีบนำบุตรกลับบ้าน ที่ทำให้มารดาให้ข้อมูลแบบกลางๆ รีบเลือกตอบแบบไม่ตั้งใจ

3. จากงานวิจัยนี้วิธีการคลอดคือการผ่าตัดคลอดมีสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล โดยที่ไม่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า อาจนำข้อมูลมาวางแผนเพื่อลดความวิตกกังวลในมารดาหลังคลอด โดยการให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร การเตรียมความพร้อมก่อนคลอด การให้ข้อมูลมารดาโดยจัดอบรมก่อนคลอด การให้สามีอยู่เป็นเพื่อนขณะเผชิญการคลอด การแบ่งเบาภาระงานภายในบ้านของสมาชิกในครอบครัว มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์

4. การใช้แบบสอบถามภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดทุกราย ควรเป็นแบบสอบถามที่สั้น กระชับและแม่นยำ ได้แก่ HADS หรือ EPDS เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สั้น มีค่าความแม่นยำและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี มีการแปลและทดสอบเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว

โดยใช้เก็บข้อมูลในช่วงที่ตั้งครรภ์และหลังคลอด เพื่อเปรียบเทียบแนวโน้มความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และเป็นการคัดกรอง (screening) ผู้ป่วย เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ร่วมกันทำงานเป็นทีมในการป้องกัน การเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง และวางแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

5 การจัดให้มีการให้การปรึกษาหรือการทำกลุ่มบำบัดในมารดาหลังคลอด อาจใช้กลุ่มมารดาหลังคลอดด้วยกัน ทำ **self help group** เพื่อช่วยลดความสับสนให้มารดาหลังคลอดเกี่ยวกับการปรับตัวและเปลี่ยนบทบาทใหม่มาเป็นมารดา เพื่อช่วยลดความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารและด้านอารมณ์กับมารดาหลังคลอด

6 จากการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดที่มีภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (cases) มีจำนวนน้อย อาจต้องใช้วิธีคัดกรอง (screening) มารดาก่อน และติดตามมาสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล (In-depth interview) แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เป็นการศึกษาวิจัยเชิงลึกต่อไป

## รายการอ้างอิง

- [1] ชูทิศย์ ปานปรีชา. ความผิดปกติทางจิตเวชหลังคลอด. ตำราจิตเวชศาสตร์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรไทย, 2520. 437-52.
- [2] The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding New Hope. Geneva: World Health Organization 2001. p.30.
- [3] Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2002; 136: 765-76.
- [4] Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, et al. Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum Arch Womens Mental Health. 6(1)(2003) :43-49.
- [5] Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcome. Evidence Report/Technology Assessment No.119. AHRQ Publication No. 05-E006-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, February, 2005.
- [6] Steiner M. Perinatal mood disorders: position paper. Psychopharmacol Bull. 1998; 34: 301-6.
- [7] Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. Br J Psychiatry. 1993; 163:27-31.
- [8] Eberhard-Gran M, Tambs K, Opjordsmoen S, et al. A comparison of anxiety and depressive symptomatology in postpartum and non-postpartum mothers. Soc Psychiatry Epidemiol. 2003; 38:551-6.
- [9] Britton, John R. Pre-discharge anxiety among mothers of well newborns: Prevalence and correlates. Acta Paediatrica Supplement. December 2005; 94(12):1771-1776.
- [10] Laurie Barclay MD, Penny Murata MD. Postpartum Anxiety May Be Common. Medscape Medical News. March 27, 2006.
- [11] ปิ่นแก้ว โชติอำนวย. ปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถทำนายอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.

- [12] อัจฉริย์ ทองสวรรค์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล, แรงสนับสนุนในระยะหลังคลอด, ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์กับอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในระยะหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
- [13] Liabsuetrakul, Tippawan 1; Vittayanont, Amont 2; Pitanupong Jaruin 2. Clinical applications of anxiety, social support, stressors, and self-esteem measured during pregnancy and postpartum for screening postpartum depression in Thai women. Journal of Obstetrics & Gynaecology Research. June 2007; 33(3):333-340.
- [14] อัญชลี ชันทุเลา. ภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในตึกทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- [15] จตุพล ศรีสมบุญ. ระยะหลังคลอด. สูติศาสตร์. เชียงใหม่ : โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535:125-34.
- [16] Kimmel, D.C. Adult and Aging (2<sup>nd</sup> ed). New York: John Willy Company, 1980.
- [17] กรรณิการ์ บางสาขน้อย. Breaking the Barriers to breastfeeding ใน การประชุมวิชาการนมมารดาแห่งชาติ ครั้งที่ 1 นมมารดา.ทุนสมอง. กรุงเทพมหานคร: 2548 123-32.
- [18] สมพล พงศ์ไทย, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล. บรรณาธิการ. สูติศาสตร์รามธิบดี 2. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิง, 2537.
- [19] Cunningham FG, Mac Donald, Gant NF, Leroni KJ, Gill LC, Harkin GDV, et al. Williams Obstetrics. 20<sup>th</sup> ed. Connecticut : Appleton Lange, 1993.
- [20] เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, แผนก. สถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2550 กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
- [21] กนิษฐา เล่าหัตถพงษ์ภูริ. ปัจจัยทางคลินิกและสังคมของมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- [22] เทียมศร ทองสวัสดิ์. การพยาบาลในระยะหลังคลอด. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534: 1-26.

- [23] จรรยา หน่อแก้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากรุ่นพี่ การรับรู้ประสบการณ์ การคลอດกับการปรับตัวในมารดาที่ผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- [24] Mercer, R. T. A Theoretical Framework for Factors that Impact on the Maternal Role. Nursing Research 1981; 30(2):73-76.
- [25] Bell, J.M Stressful Life Events and Coping Method in Mental Illness and Wellness Behavior. Nursing Research, 1979; 26, (May-June): 136.
- [26] Ragozin, A. et al. Effects of maternal age parenting role. Development Psychology, 1982; 18:627-34.
- [27] ดวงใจ กสานติกุล. วิทยุ. ตำราจิตเวชศาสตร์.สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536. 818-57.
- [28] พิรพนธ์ ลีอนุชวณิชย์. ขั้นตอนพัฒนาการของวัยผู้ใหญ่. พฤติกรรมศาสตร์และความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547. 39-61.
- [29] Jalowice, A & Power, MJ, Stress and Coping in Hypertension and Emergency Room Patients. Nursing Research, 10(October,1981), p.10-15.
- [30] Ruth, S. Rehabilitative Aspects of Acute and Chronic Nursing Care. Philadelphia W.B. Saunder Company. 1973.
- [31] Jensen, MD. & Jensen, MI. Maternity & Gynecological Care: The nurse and the family. (5<sup>th</sup> ed). Philadelphia: The C.V. Mosby Year book. 1993.
- [32] Reeder SJ, Mastroianni LJ, Martin LL, (Eds.) Maternity Nursing 15<sup>th</sup> ed Philadelphia : JB Lippincott; 1983.
- [33] Jensen, MD. & Jensen, MI, Maternity & Gynecological Care: The nurse and the family. (2<sup>nd</sup> ed). Philadelphia: The C.V. Mosby Year book, 1981.
- [34] Zussman, J. U. Situation Determinants of Parental Behavior: Effect of Competing Cognitive Activity, Child Development, 1980; 51(5):792-800.
- [35] รุจา ภูโพนุลย์. การพยาบาลครอบครัว : แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2534.
- [36] สุพัตรา สุภาพ. สังคมและวัฒนธรรมไทย: ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2538.

- [37] ทวีรัศมี ชนาคม. ตำราครอบครัวสัมพันธ์. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย; 2524
- [38] คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลสาธารณสุข. การพยาบาลสูติ-นรีเวชศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 4  
กรุงเทพฯ: กองงานวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. 2531.
- [39] พิริยา สุภศรี. การพยาบาลในการคลอด. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2535.
- [40] สุกัญญา ปริสัญญกุล, พะยอม อยู่สวัสดิ์. การพยาบาลในระยะหลังคลอด. เชียงใหม่:  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535.
- [41] สุจิต เผ่าสวัสดิ์, ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์, ดำรง เจริญประยูณ, สุทัศน์ กลกิจโกวินท์. สูติศาสตร์.  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร : ตรี โอเอ็ด, 2533.
- [42] สมพงษ์ คุณเลิศกิจ. การผ่าท้องทำคลอด. สูติศาสตร์. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะแพทย  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2535. 503-510
- [43] Kapernick PS. Postpartum hemorrhage & the abnormal puerperium. In: Pernoll ML, ed  
Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. 7<sup>th</sup> ed. East Norwalk:  
Appleton & Lange 1991. p.568-88
- [44] Ziatnik FJ. The puerperium: Normal and Abnormal in: Scott JR, Disaia PJ, Hammond  
CB, Spellacy WN, eds. Danforth's obstetrics and gynecology. 6<sup>th</sup> ed  
Philadelphia: JB. Lippincott, 1990; p.190-193.
- [45] อ่ำไพ จารุวัชรพานิชกุล. เปรียบเทียบสัมพันธ์ภาวะระหว่างมารดาและทารก การปรับตัวต่อ  
การเป็นมารดาภายหลังคลอดกับภาวะซึมเศร้าของมารดา ภายหลังคลอดระหว่าง  
มารดาที่มีบุตรคนแรกปกติกับมารดาที่ผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- [46] Dicksason, E. J., Schult, MD. & Silverman, B.L. Maternal-Infant Nursing Philadelphia:  
The C.V. Mosby Year book 1990.
- [47] Pilliteri, A. Maternal and Child health nursing: Care of childbearing and childbearing  
family. Philadelphia J.B. Lippincott Company. 1992.
- [48] Sherwen, L.N. et al. Nursing Care of the Child Bearing Family. New York: Appleton &  
Lange. 1993.
- [49] กรรณิการ์ วิจิตสุนันท์. การช่วยเหลือแม่ในระยะหลังคลอด. คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่.  
กรุงเทพมหานคร : ราชวิทยาลัย สูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยและชมรมส่งเสริม  
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. 2547. 69-76

- [50] กฤตยา แสงวงเจริญ, สุชาดา สุวรรณคำ. แม่เศร้าเมื่อเจ้าเกิด: การดูแลสุขภาพจิตหญิงหลังคลอด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2542; 22 47-52.
- [51] Pillitei, A. **Maternal and Child nursing: Care of childbearing and childbearing family.** (2<sup>nd</sup> ed). Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1995.
- [52] Beck CT. **The Effects of Postpartum Depression on Maternal Infant Interaction: A Meta-Analysis.** Nurse Research 1995; 44: 298-304
- [53] อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- [54] Ledeman, R.P. et al. **Postpartum Self-Evaluation questionnaire: Measures of Maternal Adaptation.** In R. Ledeman, B. Raff & P. Carroll (Eds.), **Perinatal parental behavior: nursing Research and implications for Newborn Health** New York: Alan Liss. 1981; p.201-27.
- [55] ประพุท ขิรินุณย์, ทารกแรกเกิด. ตำรากุมารเวชศาสตร์ (ฉบับเรียบเรียงใหม่ เล่ม 2). กรุงเทพมหานคร, บริษัท โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด; 2543 1-4
- [56] พิมลรัตน์ ไไทยธรรมยานนท์. การดูแลทารกแรกเกิดกรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชัยเจริญ, 2544
- [57] อัมพล สุอำพัน. หลักของพัฒนาการ **Principle of Development.** พฤติกรรมศาสตร์ และความคิดปกติทางจิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547. 10-17.
- [58] มานี ปิยะอนันต์. บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Ten Steps to Successful Breastfeeding). คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และชมรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่; 2547. 7-14
- [59] ไพบุลย์ เอกแสงศรี. **Maternal Nutrition & Infant Feeding** ปัญหาทารกแรกเกิด. กรุงเทพมหานคร : ดีไซน์; 2533 41-9.
- [60] ศิราภรณ์ สวัสดิ์วรรณ. นมมารดา. คลินิกสุขภาพเด็กดี PCU กทม. ความรู้...สู่ปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร; 2548 28-34
- [61] กลุ่มนมแม่. สายธารรัก. จุลสารสำหรับผู้สนใจเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, พฤษภาคม 2547; 1:2
- [62] สุอารีย์ อ้นตระกูล, ชิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ ความรู้พื้นฐานสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ: วิสคอมเซ็นเตอร์; 2548. 17-36
- [63] เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูก. หลักการการดูแลทารกแรกเกิดขั้นพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2545. 47-49.

- [64] Wiesenfeld Ar, Malatesta CZ, Whitman PB, et al. Psychophysiological Response of Breast and Bottle Feeding Mothers to their Infant's Signals. In: Psychophysiology 1985; p.22-79.
- [65] Modahl C, Newton N. Mood State Differences between Breast and Bottle Feeding Mothers. In Carenza L, Zinchella L, eds. Emotion and Reproduction, Proceedings of the Serano Symposia 1979; 81:9.20B
- [66] มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมช สุคนิษฐ์. การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยวิตกกังวล. คลินิก. Vol 14 2541; 14:17-23
- [67] รวิวรรณ นิวาดพันธุ์. **Anxiety disorder: พฤติกรรมศาสตร์และความผิดปกติทางจิต.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547. 124-36.
- [68] ทิภาพร อังคกุล. การเปรียบเทียบระหว่างวิธีการรักษาทางจิตเวชมาตรฐานกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับวิธีการทางจิตเวชมาตรฐาน ในผู้ป่วยโรควิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543
- [69] วุฒิชัย บุญยณฤธิ์, มานิต ศรีสุรภานนท์ โรควิตกกังวล (Anxiety Disorder). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์; 2542. 189-215.
- [70] ดวงใจ กสานติกุล. ภาวะเศร้า ฆ่าตัวตาย และโรคทางอารมณ์ Depression/ Suicide/ Mood Disorders. พฤติกรรมศาสตร์และความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547. 147-59.
- [71] Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock. Mood Disorders. Synopsis of Psychiatry, 8<sup>th</sup> edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997; p.524-73.
- [72] สมถวิล สันธิประสิทธิ์. เจตคติที่มีต่อภาวะหมดประจำเดือนและภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยเปลี่ยนในโรงพยาบาลป่าโมก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- [73] สมพร บุษราทิจ และคณะ. การศึกษาโรคซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด. จิตเวชทันยุค 2550. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2549. 117-122.
- [74] Riggs JW, Blanco JD. The puerperium. In: Creasy RK, editor. :Management of labour and delivery. London: Blackwell Science, 1997: 248-50.
- [75] สมศักดิ์ เขาวัววิศิษฏ์เสรี. โรคจิตและระบบประสาทในสตรีตั้งครรภ์. ชีระ ทองแสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์, บรรณาธิการ. ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.



- [76] พวงน้อย สาครวัฒน์กุล, สารเกียรติ อาชานานุภาพ. แปล : Arlene Eiseenberg Heidie Murkoff, Sandee E Hathaway BSN ; กว่าจะมาเป็นแม่. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน, 2541.
- [77] Andrew, H.A. & Roy, S.C. The Roy Adaptation Model : The Definitive Statement. Norwalk: Appleton & Lange Company. 1991.
- [78] Cohen, S. & Will, T.A. Stress, Social Support and Buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 1998 (September), p.310-57.
- [79] Cobb, S. Social Support as a Modertor of Life Stress. *Psychosomatics Medicine*, 38, 1976 (September-October), p.300-13.
- [80] Barrera, J.M. Social Support in Adjustment of Pregnant Adolescent : Assesment Issue. In B.H. Gottlieb (Eds.), *Social Networks and Social Support*. London: SAGE publication. 1982; p.69-96.
- [81] Thoits, P. A. Conceptual, Methodological and Theoretical Problem in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 1982 (June). p.145-59.
- [82] Pender, N.J. *Health Promotion in Nursing Practice*. (2<sup>nd</sup> ed) . California: Appleton & Lange. 1987.
- [83] Brown, M.A. Social Support, Stress and Health: A Comparision of expectant mother and father. *Nursing Research*, 1986; 35(2):72-6.
- [84] Brandt, P., & Weinert, C. The PRQ — a social support measure. *Nursing Research*, 30(5):1981, 277-80.
- [85] Diamond, M & Jone, S.L. *Chronic Illness Across the Life Span*. Connecticut: Appleton-Century Croffts. 1983.
- [86] Sarafine, E.P. & Ewing M. The Hassles Assessment Scale for Students in College: Measuring the frequency and unpleasantness of and dwelling on stressful events. *Journal of American College Health*, 1999, 48(2):75.
- [87] พรศรี ดิสรเตดิวัฒน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการวิตกกังวล-ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลรามธิบดี: การวิเคราะห์การถดถอยแบบลอจิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาชีวสถิติ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

- [88] ธิคาร์ตัน วงศ์วิสุทธิ. ปัญหาของแม่และลูกที่มาปรึกษาที่คลินิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรงพยาบาลศิริราช. การประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: 2542, 165-6
- [89] Mayberry, Linda J.; Horowitz, June Andrews; Declercq, Eugene. Depression Symptom Prevalence And Demographic Risk Factors Among U.S. Women During The First 2 Years Postpartum *JOGNN Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* November/December 2007; 36(6):542-49
- [90] ปาริชาติ ศิลประเสริฐ. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดในหน่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- [91] ศรีัญญา วิทยประไพพันธ์, อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลเหตุการณ์ในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546
- [92] รัตติยา หาญกล้า. อิทธิพลของปัจจัยด้านมารดา, พฤติกรรมทารก, การสนับสนุนทางสังคมกับการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546
- [93] สิริพร ชุคเจ้อจัน. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันการสนับสนุนทางสังคมและการปรับบทบาทการเป็นมารดาในหญิงครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544
- [94] ศุภกาญจน์ สิริกรรณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา และการรับรู้พฤติกรรมทารกแรกเกิดกับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542
- [95] ศศิญา บัวผุด. ปัจจัยคัดสรรความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวด้านบทบาทของมารดาหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545

- [96] Noelle Borders, CNM, MSN. *Journal Midwifery Womens Health Elsevier Science, Inc.* 2006; 51(4):242-8
- [97] ชนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม **Hospital Anxiety and Depression Scale** ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2539, 41(1):18-30.
- [98] Zigmord AS, Snaith RP *The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70
- [99] กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. กองการวิจัยสุขภาพจิต (พ.ศ. 2548-2552) พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร : เบสท์สตีป แอ็ดเวอร์ไทซิ่ง, 2548
- [100] กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย **SPSS for windows**. กรุงเทพมหานคร: ชรรรมสาร, 2548
- [101] ประคอง วรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
- [102] ภิรมย์ กมลรัตนกุล, มนต์ชัย ซาลาประวรัตน์, ทวีสิน ต้นประยูร. หลักการทำวิจัยให้สำเร็จ ศูนย์วิทยการวิจัยแพทยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
- [103] วิไลวรรณ ศรีสงคราม และคณะ. จิตวิทยาทั่วไป (**General Psychology**). พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร. ทริปเพิ้ล เอ็ดดูเคชั่น, 2549.



**ภาคผนวก**

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

### การวิจัยเรื่อง : ความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด ใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวีจยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวีจยในครั้งนี้

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอดที่มารับบริการทางด้านสุขภาพที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยคาดว่าจะมีผู้เข้าร่วมการศึกษากันจำนวน 197 คน

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวีจย โดยจะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ท่านจะได้รับแบบสอบถามซึ่งท่านต้องเป็นผู้ตอบและประเมินด้วยตนเองทั้งหมด อย่างไรก็ตามหากท่านไม่สามารถตอบคำถามด้วยเหตุใดๆก็ตาม ท่านสามารถเว้นการตอบได้โดยจะไม่มีผลกระทบต่อท่าน แต่ถ้าตอบแบบสอบถามหมดทุกข้อก็จะเป็นประโยชน์สูงสุดต่อการสรุปผลและการนำผลการสำรวจไปใช้ในทางปฏิบัติ

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน จำนวน 72 ข้อ ส่วนที่1แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่2แบบสอบถามข้อมูลการคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จำนวน 21 ข้อ ส่วนที่3 แบบสอบถามภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai - HADS) จำนวน 14 ข้อ ส่วนที่4แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 25 ข้อ การตอบแบบสอบถามนี้ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

การเข้าร่วมในการศึกษานี้ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอการสรุปผลการวิจัยในภาพรวม การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีที่ได้รับคามยินยอมจากท่านเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาคิดต่อนางสาว จุฑามณี เรื่องจิตวิทยุค ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยหรือโทรศัพท์หมายเลข 086-620-9574 ซึ่งยินดีให้คำชี้แจงต่อท่านทุกประการ

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

จุฑามณี เรื่องจิตวิทยุค

## ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

**การวิจัยเรื่อง ความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดา หลังคลอด ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2551

ด้วยผู้วิจัย นางสาวจุฑามณี เรืองจิตทวีกุล นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำการศึกษาและรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยเรื่องความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลโดยอาศัยท่านเป็นผู้ให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองตามความสมัครใจ แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ตอน จำนวน 72 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที ท่านมีสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับและการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลเกี่ยวข้องกับการรักษาหรือการตัดสินใจของแพทย์ที่รักษาท่าน

การศึกษามีจุดมุ่งหมายที่จะทราบถึงความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด รวมถึงความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้ามดังกล่าว เพื่อที่จะนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งจะประโยชน์ในการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและปรับปรุงการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป ดังนั้นจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านได้โปรดให้ข้อมูลในแบบสอบถามตามความเป็นจริง ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปสรุปผลการวิจัย ท่านมีสิทธิ์จะไม่ตอบคำถามใด ๆ ที่ท่านรู้สึกอึดอัด

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อที่นางสาวจุฑามณี เรืองจิตทวีกุล โทร.086-6209574 ซึ่งผู้วิจัยยินดีให้คำชี้แจงแก่ท่านทุกประการ หรือหากท่านมีข้อร้องเรียนปัญหาจริยธรรมการวิจัย ขอให้ติดต่อสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 02-2564455 ต่อ 14 15

การศึกษาวิจัยเรื่องนี้จะสำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือในการให้ข้อมูล และการตอบแบบสอบถามของท่าน ผู้วิจัยจึงหวังในความอนุเคราะห์ของท่านอย่างยิ่งและขอขอบพระคุณ มา ณ โอกาสนี้

นางสาวจุฑามณี เรืองจิตทวีกุล

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการจึงได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ด้วยความสมัครใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....นางสาวจุฑามณี เรืองจิตทวีกุล.....)

## แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป(ตอนที่ 1)

คำชี้แจงให้ทำเครื่องหมาย 0 ลงในช่อง  $\Gamma$  และเติมคำตอบลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. อายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรส
  - $\Gamma_1$  อยู่ด้วยกัน     $\Gamma_2$  แยกกันอยู่     $\Gamma_3$  หย่าร้าง
  - $\Gamma_4$  ถึงแก่กรรม     $\Gamma_5$  อื่นๆ (โปรดระบุ).....
3. ศาสนาที่นับถือ
  - $\Gamma_1$  พุทธ                       $\Gamma_2$  คริสต์                       $\Gamma_3$  อิสลาม                       $\Gamma_4$  อื่นๆ (โปรดระบุ).....
4. อาชีพ
  - $\Gamma_1$  รับจ้าง/พนักงานบริษัท                       $\Gamma_2$  ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว                       $\Gamma_3$  รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
  - $\Gamma_4$  วิชาชีพอิสระ                       $\Gamma_5$  เกษตรกรรม                       $\Gamma_6$  แม่บ้าน
  - $\Gamma_7$  อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
5. ลักษณะงาน
  - $\Gamma_1$  ทำงานนอกบ้าน                       $\Gamma_2$  ทำงานที่บ้าน
6. รายได้ของครอบครัว.....บาท/เดือน
  - $\Gamma_1$  รายได้เพียงพอมีเงินออม                       $\Gamma_2$  รายได้เพียงพอไม่มีเงินออม                       $\Gamma_3$  รายได้ไม่เพียงพอ
7. ระดับการศึกษา
  - $\Gamma_1$  ประถมศึกษา                       $\Gamma_2$  มัธยมศึกษา
  - $\Gamma_3$  พานิชย์/อาชีวศึกษา/อนุปริญญา                       $\Gamma_4$  ปริญญาตรี
  - $\Gamma_5$  สูงกว่าปริญญาตรี                       $\Gamma_6$  อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
8. ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย
  - $\Gamma_1$  ไม่มี                       $\Gamma_2$  มี (โปรดระบุ).....
9. ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม
  - $\Gamma_1$  ไม่มี                       $\Gamma_2$  มี (โปรดระบุ).....

## 10. ประวัติโรคประจำตัว

$r_1$  ไม่มี  $r_2$  มี (โปรดระบุ).....

## 11. สารเสพติดที่ใช้ (รวมถึงสุราและบุหรี่)

$r_1$  ไม่มี  $r_2$  มี (โปรดระบุ).....

## 12. ลักษณะครอบครัว

$r_1$  ครอบครัวเดี่ยว (มีเฉพาะพ่อ มารดา บุตร)  $r_2$  ครอบครัวขยาย (มีปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา อยู่ร่วมกัน)



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## แบบสอบถามเกี่ยวกับการคลอดและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา(ตอนที่2)

คำชี้แจงให้ทำเครื่องหมาย  $\bigcirc$  ลงในช่อง  $\Gamma$  และเติมคำตอบลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. การตั้งครรภ์ครั้งนี้ เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่.....  
จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่.....คน
2. อายุครรภ์ขณะคลอด.....สัปดาห์
3. น้ำหนักแรกเกิดของบุตร.....กรัม
4. บุตรคนปัจจุบันมีอายุ.....เดือน
5. วิธีการคลอด  
 $\Gamma_1$  คลอดทางช่องคลอด     $\Gamma_2$  ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
6. ระยะเวลาที่ตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว  
 $\Gamma_1$  น้อยกว่า 1เดือน     $\Gamma_2$  1-3เดือน     $\Gamma_3$  4-6เดือน  
 $\Gamma_4$  6-12 เดือน     $\Gamma_5$  >12เดือน
7. ระยะเวลาที่มีสิทธิ์ลาคลอด  
 $\Gamma_1$  ลาไม่ได้     $\Gamma_2$  ลาคลอด 30 วัน     $\Gamma_3$  ลาคลอด 31- 60 วัน  
 $\Gamma_4$  ลาคลอด 61- 90 วัน     $\Gamma_5$  ลาคลอดมากกว่า90 วัน
8. แหล่งข้อมูลที่ได้รับความรู้ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา  
 $\Gamma_1$  ศึกษาด้วยตนเอง     $\Gamma_2$  โรงพยาบาล  
 $\Gamma_3$  ที่ทำงาน     $\Gamma_4$  สื่อต่างๆ(วิทยุ โทรทัศน์)  
 $\Gamma_5$  อื่นๆ(โปรดระบุ).....
9. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในเรื่องใดบ้าง  
 $\Gamma_1$  ประโยชน์ของนมมารดา  
 $\Gamma_2$  เทคนิคการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา  
 $\Gamma_3$  ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา  
 $\Gamma_4$  การปั๊มและการเก็บนํ้านมมารดา  
 $\Gamma_5$  ระยะเวลาที่เหมาะสมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

## 10. การวางแผนในการเลี้ยงดูบุตร

- $r_1$  เลี้ยงเองโดยลำพัง  
  $r_2$  ญาติผู้ใหญ่ช่วยเลี้ยง (อยู่บ้านเดียวกัน)  
  $r_3$  ญาติผู้ใหญ่ช่วยเลี้ยง (อยู่นอกบ้าน)  
  $r_4$  อื่นๆ (โปรดระบุ).....

## 11. การเข้าร่วมโครงการ “นมแม่” ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- $r_1$  เข้าร่วมโครงการ  
  $r_2$  ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ

## 12. ระยะเวลาที่เริ่มมีน้ำนมครั้งแรกหลังคลอด

- $r_1$  วันแรก  
  $r_2$  วันที่ 2  
  $r_3$  วันที่ 3-5  
  $r_4$  มากกว่าวันที่ 7

## 13. ระยะเวลาที่เริ่มให้บุตรดูดนมครั้งแรกหลังคลอด

- $r_1$  1-2 ชั่วโมง  
  $r_2$  3-4 ชั่วโมง  
  $r_3$  5-8 ชั่วโมง  
  $r_4$  มากกว่า 8 ชั่วโมง

## 14. ลักษณะหวันมมารดา

- $r_1$  ปกติ  
  $r_2$  ไม่ปกติ (โปรดระบุ)..... |  $r_{21}$  สั้น |  $r_{22}$  บอด |  $r_{23}$  บุ่ม

## 15. ลักษณะการดูดนมมารดาของบุตร

- $r_1$  ดูดได้ดี  
  $r_2$  ดูดไม่ดี  
  $r_3$  ไม่ยอมดูด

## 16. วิธีการให้นมมารดา/นมผสม

- $r_1$  นมมารดาอย่างเดียว  
  $r_2$  นมมารดาและนมผสม 1-2 มื้อ/วัน  
  $r_3$  นมมารดาและนมผสม 3-4 มื้อ/วัน  
  $r_4$  นมมารดาและนมผสม 5-6 มื้อ/วัน  
  $r_5$  นมผสมอย่างเดียว  
  $r_6$  นมมารดาและน้ำหรือน้ำผลไม้

## 17. อาการไม่สุขสบายขณะให้นมบุตร

- $r_1$  ไม่มี  
  $r_2$  มี (โปรดระบุ)..... |  $r_{21}$  เต้านมคัด |  $r_{22}$  ปวดมดลูก  
|  $r_{23}$  ปวดแผล |  $r_{24}$  หวันมแตก

## 18. ลักษณะของบุตรเป็นเด็กที่.....

- $r_1$  เลี้ยงง่าย  
  $r_2$  เลี้ยงยาก (ร้องกวนตลอด)  
  $r_3$  งอแงเป็นบางครั้ง

## 19. สาเหตุที่ท่านตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเนื่องจาก

- $r_1$  นมมารดามีประโยชน์  
  $r_2$  ประหยัดค่าใช้จ่าย  
  $r_3$  สะดวกสบาย  
  $r_4$  ค่านิยม ความเชื่อ ประเพณี  
  $r_5$  อื่นๆ.....

20. ท่านได้รับการสนับสนุนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจาก

- 1.ตนเอง                       2.เพื่อน                       3.บิดา-มารดา                       4.สามี  
 5.บุคลากรทางการแพทย์     6.ที่ทำงาน                       7.อื่นๆ.....

21. หากท่านหยุดการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวก่อนระยะเวลาที่ตั้งใจมีสาเหตุมาจาก

- 1.ทำงานนอกบ้าน                       2.มารดา-บุตรอยู่คนละบ้าน(บุตรอยู่ต่างจังหวัด)  
 3.ปัญหาด้านสุขภาพของตนเอง     4.ปัญหาด้านสุขภาพของบุตร  
 5.นมมารดาไม่เพียงพอ               6.อื่นๆ.....



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**แบบสอบถามภาวะวิตกกังวลและ ภาวะซึมเศร้า(Hospital anxiety depression scale)ฉบับภาษาไทย**  
**(ตอนที่3)**

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่าน เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่าน ในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมายถูก ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด และ กรุณาตอบทุกข้อ

<p><b>1.</b> ฉันรู้สึกดีถึงขีดสุด</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นส่วนใหญ่</p> <p><input type="checkbox"/> บ่อยครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นบางครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เป็นเลย</p>	<p><b>2.</b> ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่าง ๆ</p> <p><input type="checkbox"/> เหมือนเดิม</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มากเท่าแต่ก่อน</p> <p><input type="checkbox"/> มีเพียงเล็กน้อย</p> <p><input type="checkbox"/> เกือบไม่มีเลย</p>
<p><b>3.</b> ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/> มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย</p> <p><input type="checkbox"/> มี แต่ไม่มากนัก</p> <p><input type="checkbox"/> มี เพียงเล็กน้อย และไม่ทำให้กังวลใจ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีเลย</p>	<p><b>4.</b> ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่าง ๆ</p> <p><input type="checkbox"/> เหมือนเดิม</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มากนัก</p> <p><input type="checkbox"/> มีน้อย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีเลย</p>
<p><b>5.</b> ฉันมีความคิดวิตกกังวล</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นส่วนใหญ่</p> <p><input type="checkbox"/> บ่อยครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อย</p> <p><input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง</p>	<p><b>6.</b> ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีเลย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่บ่อยนัก</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นบางครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นส่วนใหญ่</p>
<p><b>7.</b> ฉันสามารถทำตามสบายและรู้สึกผ่อนคลาย</p> <p><input type="checkbox"/> ได้ดีมาก</p> <p><input type="checkbox"/> ได้โดยทั่วไป</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นบางครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ได้เลย</p>	<p><b>8.</b> ฉันรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม</p> <p><input type="checkbox"/> เกือบตลอดเวลา</p> <p><input type="checkbox"/> บ่อยมาก</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นบางครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เป็นเลย</p>
<p><b>9.</b> ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เป็นเลย</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นบางครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย</p> <p><input type="checkbox"/> บ่อยมาก</p>	<p><b>10.</b> ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจตนเอง</p> <p><input type="checkbox"/> ใช่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร</p> <p><input type="checkbox"/> ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน</p> <p><input type="checkbox"/> ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม</p>

<p><b>11.</b> ฉันรู้สึกกระตือรือร้นเหมือนอยู่นิ่งไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นมากที่สุดทีเดียว</p> <p><input type="checkbox"/> ค่อนข้างมาก</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มากนัก</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีเลย</p>	<p><b>12.</b> ฉันมองสิ่งต่าง ๆ ในอนาคตด้วยความเบิกบานใจ</p> <p><input type="checkbox"/> มากเท่าที่เคยเป็น</p> <p><input type="checkbox"/> ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น</p> <p><input type="checkbox"/> น้อยกว่าที่เคยเป็น</p> <p><input type="checkbox"/> เกือบจะไม่มีเลย</p>
<p><b>13.</b> ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน</p> <p><input type="checkbox"/> บ่อยมาก</p> <p><input type="checkbox"/> ค่อนข้างบ่อย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่บ่อยนัก</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีเลย</p>	<p><b>14.</b> ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่เคยเพลิดเพลินได้</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นส่วนใหญ่</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นบางครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่บ่อยนัก</p> <p><input type="checkbox"/> น้อยมาก</p>

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (ตอนที่4)

คำชี้แจง      แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน ๆ ตลอดจนผู้ใกล้ชิด เมื่อเกิดปัญหาขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 25 ข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย **ü** ลงในช่องคำตอบทางขวา ให้ตรงกับความเป็นจริง ตามความรู้สึกต่อการได้รับการช่วยเหลือหรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อนในข้อความนั้น ๆ

ข้อคำถาม	ไม่จริง เลย	จริง เล็กน้อย	จริง ปาน กลาง	จริง มาก	จริง มาก ที่สุด
1. ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย					
2. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อกลุ่ม					
3. คนส่วนใหญ่บอกให้ฉันรู้เมื่อฉันทำงานดี					
4. ฉันไม่สามารถพึ่งพาญาติพี่น้องหรือเพื่อนเมื่อฉันมีปัญหา					
5. ฉันได้พบปะอย่างเพียงพอกับคนที่ทำให้ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณค่า					
6. ฉันใช้เวลากับคนที่มีความสนใจตรงกับฉัน					
7. ฉันมีโอกาสน้อยที่จะดูแลผู้อื่น					
8. มีคนบอกว่าเขาชอบที่จะทำงานร่วมกับฉัน					
9. ฉันมีบุคคลที่พร้อมจะช่วยเหลือฉันในระยะยาวได้ถ้าฉันต้องการ					
10. ไม่มีใครที่จะฟังความรู้สึกของฉันได้					
11. ในกลุ่มเพื่อนบ้านฉันเราชอบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน					
12. ฉันมีโอกาสที่จะกระตุ้นผู้อื่นให้พัฒนาความสนใจและทักษะ					

ข้อคำถาม	ไม่จริง เลย	จริง เล็กน้อย	จริง ปาน กลาง	จริง มาก	จริง มาก ที่สุด
13. คนในครอบครัวทำให้ฉันรู้สึกว่าฉันมีความสำคัญต่อครอบครัว					
14. ฉันมีญาติหรือเพื่อนที่จะช่วยเหลือกัน ถึงแม้ว่าฉันจะไม่สามารถตอบแทนได้					
15. เมื่อฉันอารมณ์เสีย มีผู้ที่ฉันสามารถอยู่ด้วย โดยปล่อยให้ฉันเป็นตัวของตัวเอง					
16. ฉันรู้สึกว่าไม่มีใครมีปัญหาเหมือนฉัน					
17. ฉันชอบกระทำการบางอย่างเป็นพิเศษ					
18. ฉันทราบว่าคนอื่นมีความซาบซึ้งในตัวฉัน					
19. ฉันมีบุคคลที่รักและเอาใจใส่ฉัน					
20. ฉันมีส่วนร่วมงาน เข้าสังคมและร่วมกิจกรรมรื่นเริงอื่น ๆ ด้วย					
21. ฉันรับผิดชอบ จัดการ ช่วยเหลือ เมื่อมีผู้ต้องการ					
22. ถ้าฉันต้องการคำแนะนำจะมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือฉันให้สามารถแก้ไขสถานการณ์นั้น ๆ ได้					
23. ฉันรู้สึกว่ายังมีคนต้องการฉัน					
24. คนส่วนมากทำให้ฉันคิดว่าฉันไม่ใช่เพื่อนที่ดีเท่าที่ควรจะเป็น					
25. ถ้าฉันเจ็บป่วย มีผู้ให้คำแนะนำแก่ฉันในการดูแลตนเอง					

## สถิติผู้ป่วยที่มาคลอดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประจำปี พ.ศ.2549-2550

ปี	เดือน	คลอดทางช่องคลอด	ผ่าตัดคลอด	รวมผู้ป่วยคลอด
2549	มกราคม	280	232	512
	กุมภาพันธ์	274	161	435
	มีนาคม	304	229	533
	เมษายน	280	199	479
	พฤษภาคม	266	203	469
	มิถุนายน	265	193	458
	กรกฎาคม	248	187	435
	สิงหาคม	272	205	477
	กันยายน	299	181	480
	ตุลาคม	273	220	493
	พฤศจิกายน	265	204	469
	ธันวาคม	271	185	456
2550	มกราคม	383	228	611
	กุมภาพันธ์	357	230	587
	มีนาคม	364	222	586
	เมษายน	367	235	602
	พฤษภาคม	372	249	621
	มิถุนายน	363	236	599
	กรกฎาคม	376	246	622
	สิงหาคม	429	269	698
	กันยายน	424	271	695
	ตุลาคม	411	269	680
	พฤศจิกายน	365	283	648
	ธันวาคม	361	246	607



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาวจุฑามณี เรืองจิตทวีกุล

วัน เดือน ปี เกิด 7 เมษายน 2512 จังหวัดกรุงเทพมหานคร ปัจจุบันอายุ 39 ปี

พ.ศ. 2534 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาล และการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ปัจจุบัน ทำงานในตำแหน่ง พยาบาลประจำการแผนกทารกแรกเกิด ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ

เข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2549



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย