

ความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของผู้เป็นมารดาครั้งแรก Stress, Social Support and Postpartum Depression Among First-time Mothers

นลินี	สิทธิบุญมา *	Nalinee	Sitthiboonma *
กรรณิการ์	กันธะรักษา **	Kannika	Kantaruksa **
บังอร	ศุภวิทิพัฒนา ***	Bungorn	Supavitpatana ***

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพร่างกาย และจิตใจของมารดา ทารก และครอบครัว การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 85 ราย เป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มารับบริการตรวจหลังคลอด 4 สัปดาห์ ที่ห้องตรวจหลังคลอด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2557 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินความเครียดสวนปรง ที่สร้างขึ้นโดย Mahatnirunkul, Pumpaisalchai, and Tapanya (1997) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอดที่ นลินี สิทธิบุญมา, กรรณิการ์ กันธะรักษา และบังอร ศุภวิทิพัฒนา สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของ House (1981) และการทบทวนวรรณกรรม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเอดินเบิร์กของ Cox, Holden, and Sagovsky (1987) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย Pitanupong, Liavsuetrakul, and Vittayanont (2006) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. มารดาหลังคลอดครั้งแรกมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.71 และระดับรุนแรง ร้อยละ 24.71
2. มารดาหลังคลอดครั้งแรกได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ร้อยละ 54.12
3. มารดาหลังคลอดครั้งแรก มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 57.65
4. ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = .463, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลงานวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรก รวมทั้งให้การช่วยเหลือ ดูแล พร้อมทั้งส่งต่อผู้ที่มีความเครียดในระดับรุนแรง ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยและมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มารดาครั้งแรก

* พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยเชียงราย

* Professional Nurse, Chiang Rai Colleague

** ผู้เขียนหลัก, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Correspondent author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, kannika.k@cmu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 4 มกราคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 1 พฤษภาคม 2558 วันที่ออกรับบทความ 3 สิงหาคม 2558

Abstract

Postpartum depression affects the physical and psychological health of mothers, infants and families. The purpose of this descriptive correlational research study was to explore stress, social support and postpartum depression among first-time mothers. The subjects were selected following the inclusion criteria and consisted of 85 expectant first-time mothers who received postnatal four week check-up at Chiang Rai Hospital and Chiang Mai Health Promotion Hospital from March to July 2014. The research tools were the Suanprung Stress Test developed by Mahatnirunkul, Pumpaisalchai & Tapanya (1997), the Mother Social Support Questionnaire developed by Nalinee Sitthiboonma, Kannika Kantaruksa and Bungorn Supavititpatana based on the social support concept of House (1981) and literature reviewed, and The Edinburgh Postnatal Depression Scales developed by Cox, Holden, and Sagovsky (1987), which was translated into Thai by Pitanupong, Liavsuetrakul, and Vittayanont (2006). Descriptive statistics and Pearson's product moment correlation were used to analyze the data.

Results of the study revealed that:

1. The first-time mothers had moderate stress 64.71% and severe stress 24.71%.
2. The first-time mothers had high social support 54.12%.
3. The first-time mothers had postpartum depression 57.65%.
4. Stress had moderate positive correlation with postpartum depression ($r = .463, p < .01$) while social support had no statistically significant correlation with postpartum depression.

The research findings suggest that screening for stress, social support, and postpartum depression among first-time mothers should be done so midwives can refer those who have high stress level, lack of social support and have postpartum depression for appropriate care.

Keywords: *Stress, Social Support, Postpartum Depression, First-time Mothers*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) เป็นกลุ่มอาการที่มารดาหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิดต่าง ๆ รวมถึงการรับรู้ แล้วนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางด้านพฤติกรรม คือ รู้สึกวิตกกังวล ย้ำคิดย้ำทำ กลัวโดยไม่มีทราบสาเหตุ รู้สึกผิด รู้สึกเหมือนตนเองถูกคุกคาม และไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ (Beck, 2002) ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อาจพบได้ตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 1 ปีภายหลังคลอดบุตร และมักพบมากที่สุดในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด และมีอาการนานมากกว่า 2 สัปดาห์ (Pillitteri,

2010) จากการศึกษาพบว่ามารดาร้อยละ 20-40 จะเกิดอาการของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดใน 6 สัปดาห์แรก (Bigelow, Power, MacLellan-Peters, Alex, & McDonald, 2012)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบอุบัติการณ์การเกิดทั่วโลก ร้อยละ 4.5-28 (Doucet et al., 2009 as cited in Davison, London, & Ladewing, 2012) จากการศึกษาของ Chaaya et al. (2002) ในประเทศเลบานอน พบมารดาหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 21 และจากการศึกษาของ Lobato et al. (2011) ในศูนย์สุขภาพชุมชนประเทศบราซิล พบมารดา

หลังคลอดมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 24 ใน 5 เดือนแรก ในทวีปเอเชีย (Klainin & Arthur, 2009) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจาก 64 การศึกษาใน 17 ประเทศของทวีปเอเชีย พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 1.6-20.3

ประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 3.1 และจากการศึกษาของ Vacharaporn & Pitanupong (2005) ที่สำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่มารับการตรวจหลังคลอดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในช่วง 4-6 สัปดาห์ ร้อยละ 9.5 นอกจากนี้พบการศึกษาของ Sukkasem (2009) ที่ศึกษาเรื่องการดำรงบทบาทมารดาและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดศึกษาในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มาใช้บริการตรวจหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลมหาราชานครเชียงใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ และโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 205 ราย ซึ่งผลการศึกษาพบภาวะซึมเศร้า จำนวน 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.96 จากการศึกษาดังกล่าวพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งภาวะนี้ยังส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดบุตรและครอบครัว การดูแลทางด้านจิตใจจึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคคลรอบข้างควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะหลังคลอด (Boyd, Zayas & McKee, 2006)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่งผลกระทบต่อตัวมารดาหลังคลอด บุตร และครอบครัว โดยผลกระทบต่อตัวมารดา ได้แก่ มารดาจะมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย รวมถึงการแสดงบทบาทมารดาไม่มีประสิทธิภาพ ดังเช่นการศึกษาของ Lindahl, Pearson & Colpe (2005) พบว่ามารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายร้อยละ 20 และจากการศึกษาของ Henderson et al. (2003) พบว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการไม่ประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และการยุติการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับผลกระทบต่อบุตรคือมารดาจะเกิดความรู้สึกทางลบกับบุตร ทำให้สัมพันธ์ภาพ

ระหว่างมารดาและบุตรเป็นไปในทางที่ไม่ดี (Boyd et al., 2006) มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะปฏิเสธไม่ยอมรับบุตร ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรวมถึงไม่สนใจที่จะดูแลบุตร และอาจมีความคิดทำร้ายบุตรได้ (Wong, Perry, Hockenberry, Lowdermilk & Wilson, 2006) นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่เกิดจากมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมักเกิดปัญหาการสื่อสารการอยู่ร่วมกับมารดาครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ทำให้มีภาวะซึมเศร้าในเด็ก รวมทั้งมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ในด้านผลกระทบต่อครอบครัวพบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะเกิดความบกพร่องในด้านการสื่อสาร พูดคุยน้อยลงส่งผลให้เกิดปัญหาครอบครัวตามมาได้ (Hanlay & Long, 2006) รวมทั้งสามีเกิดความรู้สึกที่ไม่ดี รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากทำหน้าที่สามีกับภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ทำให้สามีบกพร่องในหน้าที่และความรับผิดชอบต่อภรรยาและเกิดปัญหาในครอบครัวตามมา (Devey, Dziurawiec & O'Brien-Malone, 2006)

การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน แต่เชื่อว่าอาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ และปัจจัยด้านจิตสังคม (Corwin, Brownstead, Barton, Heckard & Morin, 2005) ซึ่งปัจจัยทางด้านชีวภาพเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนั้นเกิดจากการลดลงของระดับสารที่ไปกระตุ้นการทำงานของสมอง ได้แก่ แคททีโคลามีน (catecholamines) ซีโรโทนิน (serotonin) และ นอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนและสรีรวิทยาหลังคลอดก็เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ สำหรับปัจจัยด้านจิตสังคม เกิดจากมารดาหลังคลอดต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้นรวมทั้งการเกิดความเครียดสะสมที่ส่งผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิดและการรับรู้ (Beck, 2002) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ประกอบด้วย 1) ภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด 2) ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า 3) ความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร 4) ความวิตก

กังวลหลังคลอด 5) ความเครียดในการใช้ชีวิต 6) การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม 7) มีปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส 8) ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 9) การมีบุตรที่เลี้ยงยาก 10) อารมณ์เศร้าหลังคลอด 11) การหย่าร้าง 12) ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม และ 13) การไม่ได้วางแผนครอบครัวและการตั้งครรถ์ไม่พึงประสงค์ (Beck, 2002)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรก และปัจจัยด้านจิตสังคมที่คาดว่าอาจจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่ ปัจจัยด้านความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยทั้ง 2 เป็นปัจจัยที่พยาบาลผดุงครรภ์สามารถป้องกัน หรือจัดการลดภาวะเครียดได้ รวมทั้งสามารถส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมในมารดาหลังคลอดได้ (Logsdon, Birkimer, Simpson, & Looney, 2005) สำหรับปัจจัยด้านความเครียดนั้น พบว่าการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกายและฮอร์โมนหลังคลอด อาจก่อให้เกิดภาวะเครียดในมารดาได้ นอกจากนี้มารดาครั้งแรก ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดา ต้องเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ เช่น การคลอดบุตร ทำให้พบปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาในการดูแลทารก การนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอจากการเลี้ยงดูบุตร ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้ อาจก่อให้เกิดภาวะเครียดในมารดาได้โดยเฉพาะมารดาครั้งแรก

ปัจจัยที่อาจจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนอกจากภาวะเครียดแล้ว การสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอดอาจจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ทั้งนี้เนื่องจากมารดาหลังคลอดต้องการการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของเครื่องใช้และการช่วยเหลือในการปฏิบัติ (Logsdon et al., 2005) เพื่อช่วยให้มารดาหลังคลอดปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดา

ภายหลัง คลอดได้ จากการศึกษาของ (Logsdon & Usui, 2001 as cited in Logsdon et al., 2005) พบว่าการที่มารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย เป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ดี

การศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดา โดยเฉพาะในมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดาอีกทั้งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่พยาบาลผดุงครรภ์จะใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล และเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรก

คำถามการวิจัย

1. ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรกเป็นอย่างไร
2. ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรกหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาเรื่องความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรกครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม กล่าวคือภาวะซึมเศร้าของบุคคลเกิดจากปัจจัยทางด้าน

ชีวภาพ และทางด้านจิตสังคม โดยระยะหลังคลอดเป็นระยะที่มารดาครรภ์แรกต้องมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา รวมทั้งต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้น ซึ่งมารดาครรภ์แรกต้องเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ เช่น การคลอดบุตร การเลี้ยงดูบุตร เกิดความกดดันต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้จะทำให้มารดาครรภ์แรกเกิดความเครียดและอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ทั้งนี้เมื่อมารดาได้รับการสนับสนุนจากทั้ง สามี มารดาของตนเอง มารดาของสามี และบุคคลรอบข้าง อาจช่วยให้ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดลดลงได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) กลุ่มตัวอย่างคือมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มาใช้บริการตรวจหลังคลอด 4 สัปดาห์ ที่ห้องตรวจหลังคลอดโรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุ 20–35 ปี 2) เป็นคนไทย สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย 3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น และการพูด 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญ (significant level) ที่ .05 อำนาจทดสอบ (level of power) ที่ .80 กำหนดอิทธิพลของขนาดตัวอย่างประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ .30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2557 ภายหลังได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และทุกโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรใช้สถิติการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพียร์สัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วย ลักษณะของครอบครัว สัมพันธภาพกับสามี การวางแผนครอบครัว ผู้ให้การสนับสนุน รายได้ของครอบครัว และสุขภาพของทารก

2. แบบประเมินความเครียด ใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง ของ Mahatnirunkul, Pumpaisalchai, & Tapanya (1997) ที่สร้างขึ้นจากรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคมของความเครียดที่มีความเหมาะสมกับคนไทย แบบประเมินมี 20 ข้อ ให้ผู้ตอบสำรวจดูว่าที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับผู้ตอบบ้าง

3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด ทินลินี สิทธิบุญมา, กรรณิการ์ กันธะรักษา และบังอร ศุภวิทิตพัฒนา สร้างขึ้นจากรอบแนวคิดของ House (1981) และการทบทวนวรรณกรรม แบบประเมินมี 37 ข้อ นำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาตลอดจนความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์และการพยาบาลครอบครัว (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 0.7 ผู้วิจัยนำแบบประเมินมาปรับปรุงแก้ไขคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง แล้วจึงคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยได้ความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (The Edinburgh Postnatal Depression Scale) ของ Cox et al. (1987) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย Pitanupong et al., (2006) แบบประเมินมี 10 ข้อ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีลักษณะ

เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวนค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 0.92 และ 0.84 ตามลำดับ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20–35 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 26.84 ปี มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 97.65 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.53 ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 38.82 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34.12 สามีประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 55.29 และครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 38.82 กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 71.76 มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับสามี ร้อยละ 90.59 มีความพร้อมในการมีบุตร ร้อยละ 94.12 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอย่างดี ร้อยละ 81.18 ได้รับการช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตร ร้อยละ 78.82 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.71 กลุ่มตัวอย่างระบุว่าสามี คือแหล่งให้การสนับสนุนมากที่สุด ร้อยละ 90.59

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ระหว่าง 2.00-5.00 คะแนน จากคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 1.00-5.00 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 3.71 (S.D. = .76) เมื่อพิจารณาคะแนนการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่าได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรในระดับมาก ร้อยละ 61.18 ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ในระดับมาก ร้อยละ 52.94 ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ร้อยละ 49.41 และได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินค่าในระดับมาก ร้อยละ 43.53

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอยู่ระหว่าง 0-19 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 9.50 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.44 และกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 57.65 สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบ ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .463, p < .01$) และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = -.206$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	1	2	3
1. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	1.000	.463**	-.206
2. ความเครียด		1.000	.039
3. การสนับสนุนทางสังคม			1.000

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครรภ์แรกที่มาตรวจตามนัด 4 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 85 ราย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามคำถามการวิจัยดังนี้

คำถามการวิจัยข้อที่ 1 ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครรภ์แรกเป็นอย่างไร

ความเครียดของมารดาครรภ์แรก

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียด อยู่ระหว่าง 3–63 คะแนน และพบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างร้อยละ 64.71 มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าระยะหลังคลอดเป็นระยะที่มารดาครรภ์แรก ต้องมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาและบทบาทด้านอื่น ๆ ในชีวิตเพิ่มขึ้น ต้องเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ เช่น การคลอดบุตร การเปลี่ยนแปลงบทบาทเป็นมารดาครั้งแรก เกิดความกดดันต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้จะทำให้มารดาครรภ์แรกเกิดความเครียดขึ้นได้ (Ricci, 2007) และการที่กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางนั้น อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 25-29 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 40.00 ซึ่งอายุของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจะเห็นได้ว่ามารดาที่เป็นวัยผู้ใหญ่จะมีการปรับตัว เรียนรู้มีร่างกายที่พร้อมและจัดการกับอารมณ์ได้ดีกว่ามารดาหลังคลอดที่มีอายุน้อยหรืออายุมากเกินไป (Kendall-Tackett, 2010) ดังการศึกษาของ Webster et al. (2000) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาการรับรู้ของมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในช่วง 16 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 901 ราย พบว่ามารดาหลังคลอดที่มีอายุน้อย จะพบปัญหาปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา การดูแลทารกทำให้มารดาที่อายุน้อยเกิดความเครียด จากเหตุผลที่กล่าวมาจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางอีกปัจจัยหนึ่งคือ ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.53 มีระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับปริญญาตรี ระดับการศึกษาที่สูงช่วยลดระดับความเครียดของมารดาหลังคลอดได้ เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาส่วนใหญ่ จะมีการศึกษาหาความรู้และข้อมูลอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะมารดาครรภ์แรก ความรู้จะทำให้มารดาหลังคลอด สามารถปรับตัวและปฏิบัติตัวหลังคลอดได้อย่างถูกต้องความเครียดต่าง ๆ จึงลดลง (Kendall-Tackett, 2010) ซึ่งมารดาหลังคลอดที่ได้รับการศึกษาน้อยจะทำให้รู้สึกไม่มั่นใจในตนเองไม่ทราบวิธีหาความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอด ทำให้ไม่มีความรู้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและทำให้เกิดความเครียดได้ โดยสรุปการที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่และมีการ

ศึกษาสูงจึงทำให้มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมของมารดาครรภ์แรก ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเฉลี่ย 3.71 (S.D. = .76) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.12 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.59 มีสัมพันธภาพที่ดีกับสามี ร้อยละ 81.18 ได้รับการสนับสนุนดูแลจากครอบครัวเป็นอย่างดี ร้อยละ 78.82 มีคนช่วยดูแลบุตร และร้อยละ 85.88 มีความเพียงพอของรายได้ เมื่อพิจารณาคะแนนการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.18 ได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรในระดับมาก ร้อยละ 52.94 ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ในระดับมาก ร้อยละ 49.41 ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในระดับมาก และร้อยละ 43.53 ได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินค่าในระดับมาก ทั้งนี้การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากนั้น อาจเนื่องมาจากมารดาหลังคลอดครรภ์แรกอยู่ในครอบครัวที่เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 71.76 ทำให้ได้รับการสนับสนุนต่างๆด้านต่าง ๆ จากครอบครัว ดังการศึกษาของ Negrón et al. (2012) ที่ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมกับความต้องการ ความคาดหวังของมารดาในระยะหลังคลอด ในมารดาหลังคลอดช่วง 6-12 สัปดาห์ จากการศึกษาพบว่ามารดาที่อยู่ในครอบครัวขยายจะได้รับการดูแลสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ในระยะหลังคลอดจากสามีและญาติ ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตร การช่วยเหลือทางด้านการเงิน หรือแม้แต่การให้กำลังใจ ซึ่งทำให้มารดาหลังคลอดมีความรู้สึกพึงพอใจ และทำให้ความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรลดลง และในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ที่ให้การสนับสนุนดูแลกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือสามีร้อยละ 90.59 มารดาของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.24 และมารดาของสามี ร้อยละ 42.35 นอกจากนี้ยังมี พี่ ป้า น้า อา เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การสนับสนุน จึงทำให้คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครั้งแรก

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 57.65 การที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครั้งแรกต้องมีการปรับตัวมากทั้งทางร่างกายและจิตใจ มารดาจะรู้สึกกดดัน วิตกกังวล ซึ่งโดยทั่วไปมารดาหลังคลอดครั้งแรก มักมีปัญหาคความเครียดในการดูแลบุตร และมีอาการอ่อนเพลียจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายถึงแม้จะได้รับการเอื้ออำนวยจากสิ่งแวดล้อมก็ตาม (Kendall-Tackett, 2010) และในการศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือ EPDS ที่มีจุดตัดก่อนข้างต่ำคือ 7 คะแนนขึ้นไป ทำให้พบภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดได้มาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sukkasem (2009) ที่ศึกษาเรื่อง การดำรงบทบาทมารดาและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ที่ศึกษาในกลุ่มมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มาใช้บริการตรวจหลังคลอด 4-6 สัปดาห์โดยใช้เครื่องมือ EPDS จุดตัดที่ 7 ขึ้นไปและผลการศึกษาพบภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดครั้งแรกร้อยละ 41.96

เครื่องมือที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดคือ EPDS เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่มีการปรับจุดตัดของคะแนนให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละประเทศ การศึกษาที่ใช้จุดตัดก่อนข้างต่ำทำให้มีความแตกต่างกันของอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามจุดตัดของคะแนนที่นำมาใช้ประเมิน หากเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Patal, Rodrigues, & DeSouza (2002) ที่ศึกษาเรื่อง เพศ ความยากจน และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาในประเทศอินเดีย ในช่วง 6-8 สัปดาห์ จำนวน 252 ราย โดยใช้จุดตัดที่ 12 คะแนน พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 23 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการศึกษานี้พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาสูงเนื่องจากเป็นการศึกษาในมารดาครั้งแรก และเนื่องจากการใช้จุดตัดของเครื่องมือที่ต่ำคือ 7 คะแนน

คำถามการวิจัยข้อที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า

หลังคลอดของมารดาครั้งแรกเป็นอย่างไร

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ผลการศึกษาพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r = .463, p < .01$) อธิบายได้ว่าเมื่อมารดาครั้งแรกคลอดบุตร จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ อีกทั้งต้องปรับบทบาทในการเป็นมารดาครั้งแรก ทำให้มารดาครั้งแรกเกิดความเครียดได้ง่าย (Kendall-Tackett, 2010) หากความเครียดนั้นยังคงดำเนินต่อไป จะทำให้มารดาหลังคลอดเกิดอาการคล้ายอาการซึมเศร้าคือมีอาการอ่อนเพลีย ง่วงซึม และหลีกหนีออกจากสังคม และส่งผลต่อเนื้อทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมา ดังเช่นการศึกษาของ Groer & Morgan (2007) ที่ศึกษาเรื่องของระบบภูมิคุ้มกัน สุขภาพ และระบบต่อมไร้ท่อในมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดใน 6 สัปดาห์ พบว่าเมื่อมารดาเกิดความเครียด จะส่งผลทำให้ระดับคอร์ติซอล ในร่างกายเพิ่มสูงขึ้น ทำให้มารดาหลังคลอดมีอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย และมีอาการปวดตามร่างกายเรื้อรัง และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในที่สุด และมารดาครั้งแรกเหล่านี้มักมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลหลังคลอด ได้รับแรงกดดันในชีวิต มีความเครียดในการดูแลบุตร ต้องทำในสิ่งที่ตนเองไม่เคยชิน โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งอาจจะเห็นความสำคัญของวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อดั้งเดิม มากกว่าความต้องการของมารดาหลังคลอด ทำให้มารดาหลังคลอดครั้งแรกมีความเครียด และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาทั่วไป (Patel, Abas, Broadhead, Todd, & Reeler, 2001) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าเมื่อเกิดความเครียดมารดาหลังคลอดครั้งแรกจะรับรู้ถึงความกดดัน และต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นในระยะแรกของการเลี้ยงดูบุตร ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมาได้

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.206$) ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 54.12 แต่ก็ยังพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอยู่ในระดับมากถึง ร้อยละ 57.65 อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 71.76 และมีแหล่งสนับสนุนส่วนใหญ่คือสามีร้อยละ 90.59 และจากมารดาของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.24 กลุ่มตัวอย่างอาจได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน มากจนเกินไป ซึ่งการที่มารดาหลังคลอดครรภ์แรกได้รับการสนับสนุนมากเกินไป อาจทำให้รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกเหมือนตนเองถูกบังคับ ไม่มีอิสระในการดูแลตนเองและบุตร และอาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Kendall-Tackett, 2010) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้อาศัยอยู่กับครอบครัวที่เป็นครอบครัวขยายจึงอาจจะได้รับข้อเสนอแนะ หรือการสอนที่มากเกินไปจนทำให้เกิดความรู้สึกกดดัน สับสน อีกทั้งยังรบกวนการพักผ่อนอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมาได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการ พยาบาลพยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาครรภ์แรก เพื่อให้การช่วยเหลือ ดูแล พร้อมทั้งส่งต่อผู้ที่มีความเครียดในระดับรุนแรงผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ก่อนที่จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดรุนแรงต่อไป

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรมีการนำข้อมูลความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของมารดาครรภ์แรก ไปสอดแทรกในด้านการสอน เพื่อให้พยาบาลผดุงครรภ์ ได้เกิดความตระหนัก ในความสำคัญของจิตสังคมต่าง ๆ ขอบในมารดาครรภ์แรก ที่ยังไม่มีการประสบการณ์ในด้านการคลอดบุตร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เช่น ความพึงพอใจในคู่สมรส และความเชื่อทางศาสนา เป็นต้น

2. ควรทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีความเปราะบาง เช่น มารดาวัยรุ่น และมารดาที่มีภาวะเสี่ยง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Beck, C. T. (2002). Postpartum depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research, 12*(4), 453-472.
- Bigelow, A., Power, M., MacLellan-Peters, J., Alex, M., & McDonald, C. (2012). Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 41*(3), 369-382.
- Boyd, R. C., Zayas, L. H., & McKee, M. D. (2006). Mother-infant interaction, life events and prenatal and postpartum depression symptoms among urban minority women in primary care. *Maternal and child health journal, 10*(2), 139-148.
- Chaaya, M., Campbell, O. M. R., Kak, F. EL., Shaar, D., Harb, H., & Kaddour, A. (2002). Postpartum depression: Prevalence and determinants in Lebanon. *Archives of Women's Mental Health, 5*(2), 65-72.

- Corwin, E. J., Bownstead, J., Barton, N., Heckard, S., & Morin, K. (2005). The impact of fatigue on the development of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 41*(5), 577-586.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry : the Journal of Mental Science, 150*, 782-786.
- Davison, M. R., London, M. L., & Ladewing, P. W. (2012). *Maternal newborn nursing & women's health* (9th Ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Devey, S. J., Dziurawiec, S., & O'Brien-Malone, A. (2006). Men's voices: Postnatal depression from the perspective of male partners. *Qualitative Health Research, 16*(2), 206-220.
- Groer, M. W., & Morgan, K. (2007). Immune, health and endocrine characteristics of depressed postpartum mothers. *Psychoneuroendocrinology, 32*(2), 133-139.
- Henderson, J. J., Evan, S. F., Straton, J. A. Y., Priest, S. R., & Hagan, R. (2003). Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth, 30*(3), 175-180.
- Hanley, J., & Long, B. (2006). A study of Welsh mother's experience of postnatal depression. *Midwifery, 22*(2), 147-157.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Mass: Addison-Wesley.
- Kendall-Tackett, K. A. (2010). *Depression in new mothers: causes, consequence, and treatment alternative*. New York: Routledge.
- Klainin, P., & Arthur, D. G. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *International Journal of Nursing Studies, 46*(10), 1355-1373.
- Lindahl, V., Pearson, J. L., & Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health, 8*(2), 77-87.
- Lobato, G., Moraes, C. L., Dias, A. S., & Reichenheim, M. E. (2011) Postpartum depression according to time frames and sub-groups : A survey in primary health care settings in Rio de Janeiro Brazil. *Archives of Women's Mental Health, 14*(3), 187-193.
- Longsdon, M.C., Wisner, K.L., & Pinto-foltz, M. (2005). The impact of postpartum depression on mothering. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 35*(5), 652-658.
- Logsdon, M. C., Birkimer, C. J., Simpson, T., & Stephen Looney. (2005). Postpartum depression and social support in adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 34*(1), 46-54.
- Mahatnirunkul, S., Pumpaisalchai, V., & Tapanya, P. (1997). The Construction of Suan Prung Stress Test for Thai Population. *Academic Psychiatry and Psychology Journal, 13*(3), 1-20
- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2012). Maternal Predictors for Quality of Life during the Postpartum in Brazilian Mothers. *Scientific Research, 17*(4), 616-623.

- Patel, A., Abas, M., Broadhead, J., Todd, C., & Reeler, A. (2001). Depression in developing countries: Lesson from Zimbabwe. *British Medical Journal*, 322(7284), 482-484.
- Patel, V., Rodrigues, M. & Desouza, N. (2002). Gender, poverty, and postnatal depression: A study of mothers in Goa, India. *The American Journal of Psychiatry*, 159(1), 43-47.
- Pillitteri, A. (2010). *Maternal & Child Health Nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer Company.
- Pitanupong, J., Liavsuetrakul, T., & Vittayanont, A. (2006). Validation of the Thai Edinburgh postnatal depression scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Research*, 149(1-3), 253-259. (In Thai)
- Ricci, S. S. (2007). *Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing*. Philadelphia: Lippicott William & Wikins.
- Sukkasem, N. (2009). Maternal role attainment and postpartum depression. *Nursing Journal*, 37(3), 36-48. (In Thai)
- Vacharaporn, K., & Pitanupong, J. (2005). Postpartum depression. *Journal of Mental Health of Thailand*, 11, 111-120. (In Thai)
- Webster, J., Linnane, J. W. J., Dibley, L. M., & Pritchard., M. (2000). Improving antenatal recognition of women at risk for postnatal depression. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(4), 409-412.
- Wong, D. L., Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2006). *Maternal child nursing care* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.