



ผลของโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอด

วรรณวรรณ จงสง่าวิทยาลัย, พ.บ.*, อัมพร เบญจพลพิทักษ์, พ.บ.*,
บุษรา คูหพันธ์, พย.ม.*, วรรณณา เปรมปรีดา, พย.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาผลของโปรแกรมช่วยเหลือแม่ซึมเศร้าหลังคลอด

วัสดุและวิธีการ ศึกษาในหญิงหลังคลอด 4 สัปดาห์ที่คัดกรองพบความเสี่ยงซึมเศร้า จำนวน 143 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุม กลุ่มทดลองจะได้รับการช่วยเหลือตามโปรแกรมเป็นเวลา 6 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการช่วยเหลือตามระบบในปัจจุบัน ประเมินผลโดยวัดอาการซึมเศร้าหลังคลอดที่ลดลงจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย รูปแบบการเลี้ยงดูโดยใช้แบบสังเกต HOME ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา multivariate tests และ one way repeated ANOVA

ผล คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยรูปแบบการเลี้ยงดูในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนด้านการตอบสนอง ของเล่นส่งเสริมการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มควบคุม

สรุป แม่ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้าลดลงไม่ต่างจากกลุ่มควบคุม แต่มีคะแนนเฉลี่ยรูปแบบการเลี้ยงดูที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อประเมินในระยะสิ้นสุดโปรแกรมทันที และสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน

คำสำคัญ แม่ ซึมเศร้าหลังคลอด พัฒนาการเด็ก

*สถาบันราชานุกูล

ติดต่อผู้พิมพ์ email: worawan_raja@hotmail.com



Effects of psychosocial program in mother with postpartum depression

Worawan Jongsangawittayalert, M.D. *

Amporn Benjaponpitak, M.D. *

Bussara Kuhapun, M.N.S. *, Wannapa Prampreda, B.N.S.*

Abstract

Objective To study the effectiveness of postpartum depression program

Materials and methods This study included 143 postpartum women who got positive screening for depression. The sample were randomly divided into 2 groups. In case group received 6 home visit and counseling regarding to postpartum depression program for 6 months while control group got routine health service. The main outcomes of this program were assessed with maternal depression (EPDS score), child rearing practice (HOME observation score). Multivariate test was used to analyze the result of this study.

Results The EPDS score in both groups were decreased after finished program, There was no significant different in EPDS score between 2 groups after finished program. HOME observation score in case group was significantly higher than control group after finished program immediately and 3 months. Moreover in subgroup, the experimental group had higher than the control group in a response score, promoting learning toy and participation. There was no significant different in child development between 2 groups.

Conclusion The mothers who attend the psychosocial program have no significant different in EPDS score when compare to the control group. But HOME observation score in this group are higher than the control group after finished program immediately and 3 months.

Key words: mother, postpartum depression, child development

*Rajanukul Institute

corresponding author e-mail: worawan_raj@hotmai.com

บทนำ

ช่วงหลังคลอดเป็นเวลาสำคัญอย่างมากต่อแม่ และทารก หญิงหลังคลอดต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม โดยเฉพาะหญิงหลังคลอดจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และมักพบอาการรุนแรงในช่วง 3 เดือนแรกหลังคลอดมากกว่าช่วงเวลาอื่นของชีวิตถึง 3 เท่า¹ การมีแม่ซึมเศร้าหลังคลอดสัมพันธ์กับความผูกพันที่ไม่มั่นคง (insecure attachment) และปัญหาพัฒนาการ เช่น พัฒนาการต่ำกว่าเกณฑ์โดยเฉพาะด้านภาษา ความบกพร่องในการเรียนรู้และระดับสติปัญญา แม้ว่า DSM-IV จะไม่ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยที่เฉพาะเจาะจงต่อโรคซึมเศร้าหลังคลอด แต่ผู้ป่วยที่จะได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าหลังคลอดจะต้องเริ่มมีอาการของภาวะซึมเศร้า (depressive episode) ภายใน 4 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งพบได้ร้อยละ 13 ของหญิงหลังคลอด¹ ในกลุ่มประเทศ high-income countries (HICs) พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ร้อยละ 4.7 ส่วนในกลุ่มประเทศ low-income and middle-income countries (LMICs) พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดถึงร้อยละ 19.8² ประเทศไทยสำรวจภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในหญิงหลังคลอด 6-8 สัปดาห์ จำนวน 610 คน ด้วยเครื่องมือ EPDS พบร้อยละ 16.8³ อาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า หงุดหงิดง่ายไม่สนใจกิจกรรมที่เคยสนใจ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึ่งอาจมีอาการลุกลุกนอนหรือเซื่องช้า (psychomotor agitate/retard) พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรที่ได้รับผลกระทบ เช่น การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ การฝึกเวลาในการกิน และการนอนของทารก การพาบุตรไปตรวจสุขภาพตามนัดหมายของแพทย์ การรับวัคซีนรวมถึงการเฝ้าระวังอันตรายต่างๆ ที่อาจเกิด

ขึ้นในทารก เนื่องจากแม่มีความไวต่ออารมณ์ และการตอบสนองต่อความต้องการของบุตรได้น้อยลง⁴

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ (ES = .44-.46), การตระหนักถึงคุณค่าในตัวเอง (ES = .45-.47), ความวิตกกังวลในการดูแลบุตร (ES = .45-.46), ความวิตกกังวลในช่วงก่อนการตั้งครรภ์ (ES = .41-.45), ปัญหาชีวิต (ES = .38-.40), การสนับสนุนจากสังคม (ES = .36-.41), ความสัมพันธ์กับคู่สมรส (ES = .38-.39), มีประวัติซึมเศร้า (ES = .38-.39), พันธมิตรของบุตร (ES = .33-.34), อารมณ์เศร้าระหว่างตั้งครรภ์ (ES = .25-.31), สถานภาพสมรส (ES = .21-.35), เศรษฐฐานะ (ES = .19-.22), และการตั้งครรภ์โดยไม่ไดวางแผน (ES = .14-.17)¹ การจัดการบริการสาธารณสุขที่ช่วยลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จะป้องกันผลกระทบทางลบได้โดยนอกจากการรักษาภาวะซึมเศร้าตามมาตรฐานของจิตแพทย์แล้ว การเยี่ยมบ้านยังเป็นแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยอีกรูปแบบหนึ่งโดยเฉพาะในรายอาการไม่รุนแรง แม้ว่าการเยี่ยมบ้านเพียงอย่างเดียวไม่ช่วยให้อาการซึมเศร้าของแม่ลดลง แต่การติดตามอาการและให้คำแนะนำผู้ป่วยในชุมชน ช่วยลดปัญหาผู้ป่วยไม่มาตามนัดโดยเฉพาะแม่ที่ไม่สะดวกต่อการเดินทาง และยังคงลดปัญหาแพทย์เฉพาะทางไม่เพียงพอ เนื่องจากสามารถทำโดยสหวิชาชีพที่มีทักษะให้คำปรึกษาหรือผ่านการอบรม รูปแบบของการเยี่ยมบ้านที่เน้นเนื้อหาการส่งเสริมสุขภาพจิตและเพิ่มความมั่นใจให้กับแม่ในการเลี้ยงดูลูก นอกจากจะช่วยให้ระดับอารมณ์ซึมเศร้าลดลงแล้วยังส่งผลให้สัมพันธ์ภาพของแม่และลูกดีขึ้นด้วย⁵ อีกทั้งรูปแบบของการช่วยเหลือ (intervention) ระหว่างเยี่ยมบ้านก็เป็นสิ่งสำคัญ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy:

CBT) และการบำบัดด้วยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy: IPT) เป็นรูปแบบที่นิยมใช้ในการเยี่ยมบ้านแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ (perinatal depression) โดยการเยี่ยมบ้านด้วยรูปแบบ CBT ใช้บุคลากรสาธารณสุขในชุมชนเป็นผู้บำบัดในแม่หลังคลอดที่คัดกรองพบภาวะเศร้า เมื่อติดตามไปนาน 6 เดือนหลังคลอด พบว่าแม่กลุ่มเสี่ยงนี้ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าน้อยกว่าแม่กลุ่มเดียวกันที่ได้รับการเยี่ยมบ้านแบบปกติ⁶ การศึกษาถึงผลของการเยี่ยมบ้านต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีจำนวนน้อย และต่างกันในระดับวิธีวิจัย เช่น เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด รูปแบบการเยี่ยมบ้าน ระยะเวลาและวิธีการประเมินผล⁷ แม้ว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะพบได้บ่อยในแม่หลังคลอด และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของแม่และบุตร แต่ปัจจุบันยังไม่มีโปรแกรมการดำเนินการสำหรับบุคลากรสาธารณสุขเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และทดสอบผลของโปรแกรม เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการของแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ระยะแรกมี 2 ขั้นตอนได้แก่ 1.1 การพัฒนาโปรแกรมช่วยเหลือมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และ 1.2 การแปลเครื่องมือในการประเมินรูปแบบการเลี้ยงดูเด็กสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน โดยโปรแกรมช่วยเหลือมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ปรับจากโปรแกรม Thinking Healthy: A manual for psychosocial manage-

ment of perinatal depression⁶ ของ World Health Organization (WHO) เพิ่มเติมเนื้อหาเกี่ยวกับ Cognitive behavior therapy (CBT) และปรับระยะเวลาการเยี่ยมบ้านโดยการทบทวนงานวิจัยจากฐานข้อมูล Google Scholar, WHO, National Institute for Health and Care Excellence (NICE) และ Pub Med เพื่อให้เหมาะสมกับรูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่ กิจกรรมของโปรแกรมประกอบด้วย การแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอด การสำรวจอารมณ์และการปรับความคิดให้เป็นบวก ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญ 4 คนวิเคราะห์ความเหมาะสมของโปรแกรมต่อบริบทของมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดแบบการเยี่ยมบ้าน และตรวจสอบความเข้าใจกิจกรรมของมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความเหมาะสมของเวลา และทดลองใช้กับมารดาที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างปรับปรุงให้สมบูรณ์แล้วยกวางคู่มือประกอบการอบรมพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน

การแปลเครื่องมือในการประเมินรูปแบบการเลี้ยงดูเด็ก (Home Inventory Administration Manual for Infant/Todler: HOME)⁸ สำหรับพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน หลังได้รับความยินยอมจากเจ้าของเครื่องมือแล้ว ทำการแปลเป็นภาษาไทย และแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษจากผู้เชี่ยวชาญทั้งสองภาษา จำนวน 5 คน มีข้อคำถาม 45 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การตอบสนอง การยอมรับ การบริหารจัดการ อย่างเป็นระบบ ของเล่นส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วม และความหลากหลาย ตัวเลือกตอบมี 2 ระดับ ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ เท่ากับ 0.72 จึงตัดข้อที่ได้คะแนน < 0.8 ออก เหลือเฉพาะข้อที่ได้ค่าคะแนน >

0.8 มีจำนวน 23 ข้อได้แก่ ด้านการตอบสนอง 6 ข้อ ด้านการยอมรับ 3 ข้อ ด้านการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ 3 ข้อ ด้านของเล่นส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก 1 ข้อ ด้านการมีส่วนร่วม 4 ข้อ และด้านความหลากหลาย 5 ข้อ ให้เจ้าหน้าที่สัมภาษณ์ และสังเกตพฤติกรรมมารดาของเด็ก และสิ่งแวดล้อมในบ้าน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) 0.72 มีค่า inter rater reliability เท่ากับ 0.88

ในระยะที่สอง ศึกษาผลของโปรแกรมการรักษามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโปรแกรม และระหว่างกลุ่มที่ได้รับการช่วยเหลือตามโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการช่วยเหลือตามปกติที่มีอยู่ในปัจจุบันที่ประกอบด้วย การได้รับแผนพับให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตมารดาหลังคลอดและนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาล

ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาและทารกจำนวน 144 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 72 คู่ คำนวณจาก A-priori Sample Size Calculator for Student t-Tests กำหนด effect size (Cohen's d) 0.79 power 90% probability level 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 58 คู่ ต่อกลุ่ม สำรองการ drop out ร้อยละ 20

กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดกรองหญิงหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมชนที่สุ่มจาก 7 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี สระแก้ว กาญจนบุรี นครพนม ขอนแก่น กระบี่ และเชียงใหม่ เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่หญิงหลังคลอด 4 สัปดาห์ ที่มีค่าคะแนน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน และได้รับการตรวจวินิจฉัยยืนยันภาวะเศร้าหลังคลอดโดยแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V (8) สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีประวัติโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวชอื่นๆ

ก่อนคลอด ไม่มีโรคประจำตัวหรือมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และระหว่างคลอด คลอดอายุครรภ์ไม่ต่ำกว่า 37 สัปดาห์ ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 2,500 กรัม ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด (birth asphyxia) และไม่มีภาวะผิดปกติทางระบบประสาท เกณฑ์คัดออก ได้แก่ มารดาที่แพทย์พิจารณาว่ามีอาการซึมเศร้ารุนแรงเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมตามโปรแกรมฯ หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า 3 ครั้ง หลังจากให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว นักวิจัยที่ไม่ใช่ผู้บำบัดจะทำการเปิดซองแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการช่วยเหลือตามโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการช่วยเหลือแบบปกติ

เครื่องมือที่ใช้ได้แก่

1. โปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด กิจกรรมเป็นการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง โดย 2 ครั้งแรก จะทำช่วง 6 และ 8 สัปดาห์หลังคลอด จากนั้นจะทำทุก 4 สัปดาห์ จนครบ 6 ครั้ง ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนที่มีประสบการณ์ในการให้การปรึกษา และผ่านการอบรมโปรแกรมเป็นเวลา 2 วัน แต่ละกิจกรรมมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนแตกต่างกันไป เน้นการสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพมารดา การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบุตร และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง ใช้หลักการ CBT เช่น การสำรวจอารมณ์ และการปรับความคิดลบให้เป็นบวก เมื่อจบการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งจะมอบหมายการบ้านเกี่ยวกับการสำรวจอารมณ์ และปรับความคิดให้มารดาฝึกปฏิบัติ และทบทวนการบ้านทุกครั้งในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

2. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS) เป็น

แบบสอบถามเพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด 6-8 สัปดาห์ มีทั้งหมด 10 ข้อ ให้มารดาหลังคลอดอ่านและประเมินด้วยตัวเอง โดยพิจารณาจากอารมณ์ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก คะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน สูงสุด 30 ต่ำสุด 0 คะแนน หากคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 13 ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในการศึกษาที่ใช้ค่าจุดตัดที่ 10 คะแนน ซึ่งมี sensitivity เท่ากับ 53 specificity เท่ากับ 94 ค่า PPV เท่ากับ 51 ค่า NPV เท่ากับ 94⁹

3. แบบสังเกต HOME ฉบับภาษาไทย พัฒนา มาเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขประเมินรูปแบบการเลี้ยงดู เป็นแบบสังเกต มีทั้งหมด 23 ข้อ 6 ด้าน ได้แก่ การตอบสนอง การยอมรับ การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ ของเล่นส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก การมีส่วนร่วม และความหลากหลาย คะแนนรวม 23 คะแนนพยาบาลวิชาชีพจะใช้การสังเกตพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมของมารดาและบุตรขณะเยี่ยมบ้าน

มารดาทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินด้วยแบบสังเกต HOME ฉบับภาษาไทยและแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (หลังคลอด 6 สัปดาห์) ระยะสิ้นสุดโปรแกรมทันที (หลังคลอด 20 สัปดาห์) และระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน (หลังคลอด 36 สัปดาห์) ส่วนการประเมินพัฒนาการของเด็กใช้ Denver II เมื่อเด็กอายุ 9 เดือน (หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน) เนื่องจากเป็นช่วงเวลาของการประเมินพัฒนาการเด็กในระบบสาธารณสุข และจะแยกรายงานในโอกาสต่อไป

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

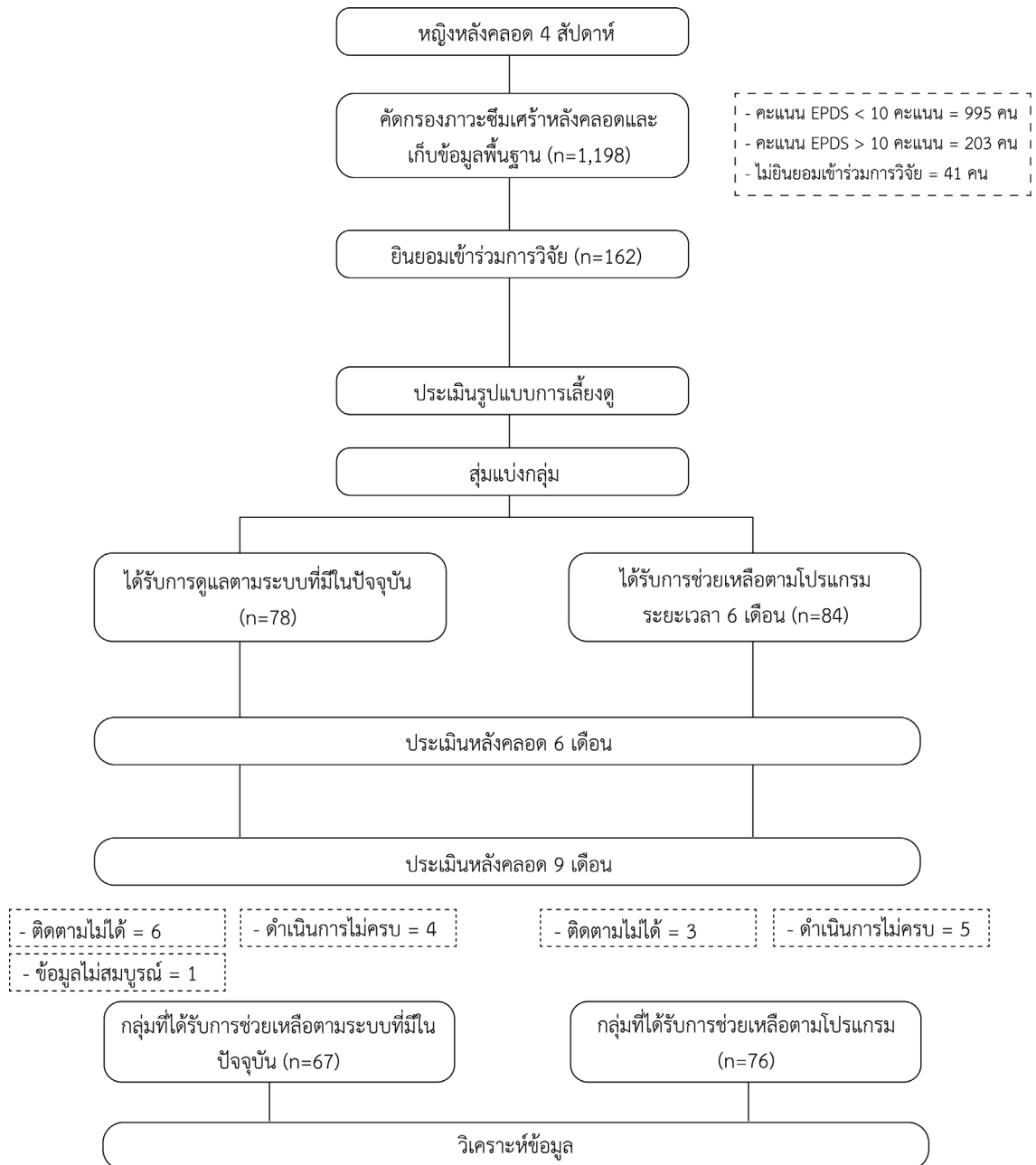
multivariate tests และ one way repeated ANOVA การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันราชานุกูล ตามหนังสือเลขที่ RI 007/60

ผล

กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด 4 สัปดาห์พร้อมทารกทั้งหมด 1,198 คู่ คัดกรองภาวะซึมเศร้าพบมารดาที่มีความเสี่ยง (คะแนน EPDS \geq 10) จำนวน 203 คน (ร้อยละ 16.9) ยินดีเข้าร่วมวิจัย 162 คน ระหว่างการช่วยเหลือตามโปรแกรมมารดาเปลี่ยนที่อยู่ไม่สามารถติดตามได้จึงเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า 3 ครั้งจำนวน 19 คน คงเหลือมารดา 143 คน (ร้อยละ 88.3) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

มารดามีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 24.8 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 84.9 ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 39.5 รายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 68.8 เคยตั้งครรถ์มาก่อน ร้อยละ 55.3 ในจำนวนนี้เคยแท้งบุตรร้อยละ 17.9 และเคยมีอารมณ์เบื่อบ่อย ซึมเศร้า วิตกกังวลอย่างมากช่วงหลังคลอดในการตั้งครรถ์ครั้งที่ผ่านมาร้อยละ 39.3 มารดาหลังคลอดเคยใช้สุราหรือสารเสพติดร้อยละ 20.4 ซึ่งปัจจุบันเลิกใช้ร้อยละ 87.1 แต่การใช้สุราหรือสารเสพติดในบิตาร้อยละ 61.8 และส่วนใหญ่ยังใช้อยู่ในปัจจุบันร้อยละ 67 ดังแสดงในตารางที่ 1 อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ยกเว้นประวัติอารมณ์เบื่อบ่อย ซึมเศร้า วิตกกังวลอย่างมากช่วงหลังคลอดในการตั้งครรถ์ครั้งที่ผ่านมา ที่พบในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

แผนภูมิที่ 1 การคัดเข้าและจำนวนมารดาหลังคลอดที่เข้าร่วมการศึกษา



ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	P value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
³ อายุแม่ซึ่งมีครรภ์หลังคลอด (ปี)			.94
ต่ำกว่า 25	45 (59.2)	44 (57.9)	
25-35	30 (39.5)	28 (36.9)	
มากกว่า 35	1 (1.3)	4 (5.2)	
อายุเฉลี่ย (SD)	24.8 (SD)	24.9 (SD)	
¹ สถานภาพสมรส			.67
สมรส	63 (82.9)	66 (86.8)	
¹ การศึกษาของมารดา			.79
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	50 (65.8)	49 (64.4)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	20 (26.3)	23 (30.)	
ปริญญาตรี	5 (6.6)	4 (5.3)	
² ประวัติการตั้งครรภ์			
การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครั้งแรก	33 (43.4)	31 (40.8)	.87
มีประวัติเคยแท้งบุตร	7 (16.7)	8 (19.0)	.50
เคยเศร้า/กังวลมากหลังคลอดในครรภ์ก่อน	23 (54.8)	10 (23.8)	.004*
² สุขภาพของมารดา			
มีโรคประจำตัว	4 (5.3)	4 (5.3)	1.00
เคยปรึกษาจิตแพทย์เกี่ยวกับเครียด วิตกกังวล	1 (1.3)	1 (1.3)	1.00
² การใช้สารเสพติดในครอบครัว			
ปัจจุบันดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด	2 (11.8)	2 (14.3)	.55
ปัจจุบันสามีดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด	31 (68.9)	32 (65.3)	.61
² ถูกทำร้ายร่างกายหรือจิตใจจากคนในครอบครัว	64 (84.2)	66 (86.8)	.82

¹Chi-Square test, ²Fisher's Exact test, ³independent t-test, p-value<.05

ผลของโปรแกรมต่อภาวะซึมเศร้าของมารดา หลังคลอด

ภาษาไทยในมารดา ในกลุ่มทดลองต่างจากกลุ่มควบคุม ($p = .00$) ดังตารางที่ 2

ก่อนเริ่มโปรแกรม ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดด้วยแบบคัดกรอง EPDS ฉบับ

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ($n=76$)

ระยะประเมิน	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
	X (SD)	X (SD)	
ก่อนเริ่มโปรแกรม	12.4 (2.4)	11.0 (1.8)	.00

* p -value<0.05, independent t-test

เพื่อให้แน่ใจว่าผลของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดไม่เกิดจากภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ก่อนเริ่มโปรแกรม จึงใช้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดก่อนทดลองเป็นตัวแปรปรวนร่วมแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANCOVA) และตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้ ANCOVA ด้วย univariate analysis พบว่าไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น (ค่าสถิติ

$F=0.73, p=.39$) จึงใช้ผลเฉพาะในส่วน multivariate tests พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระยะสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าไม่แตกต่างกัน ทั้งเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ระหว่างเวลาต่างๆ และ interaction ของกลุ่มและเวลาดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (SD)			F(p)		
	ก่อนทดลอง	สิ้นสุดทันที	หลังสิ้นสุด 3 เดือน	กลุ่ม	เวลา	กลุ่ม*เวลา
กลุ่มทดลอง	12.4 (2.4)	6.0 (4.1)	5.7 (2.9)	1.4 (0.2)	0.5 (0.5)	0.5 (0.5)
กลุ่มควบคุม	11.0 (1.8)	6.2 (4.7)	5.7 (4.1)			

* p -value<0.05

สรุปได้ว่า แม้ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร่าลดลงเมื่อประเมินซ้ำในช่วงสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน และคะแนนเฉลี่ยที่ลดลงในสองระยะนี้จะแตกต่างจากคะแนนเฉลี่ยก่อนเริ่มโปรแกรม แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่พบความ

แตกต่างกันของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าทั้งในระยะสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน

เมื่อพิจารณารูปแบบการเลี้ยงดู ในระยะก่อนเริ่มโปรแกรม รูปแบบการเลี้ยงดูของทั้งสองกลุ่มมีคะแนนไม่แตกต่างกันในทุกด้าน ($p=.43$)

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยการประเมินรูปแบบการเลี้ยงดู ระยะก่อนเข้าโปรแกรมในกลุ่มทดลองและควบคุม

รูปแบบการเลี้ยงดู	ค่าเฉลี่ย (SD)		P value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
การตอบสนอง	4.2 (1.3)	4.1 (1.3)	.81
การยอมรับ	2.7 (0.8)	2.5 (0.9)	.50
การบริหารจัดการ	2.0 (0.9)	1.3 (0.7)	.46
ของเล่นส่งเสริมการเรียนรู้	0.9 (0.8)	0.7 (0.8)	.23
การมีส่วนร่วม	2.8 (1.0)	2.5 (1.0)	.15
ความหลากหลาย	2.2 (1.1)	2.4 (1.2)	.49
โดยรวม	14.7 (4.0)	14.2 (3.9)	.43

จากตารางที่ 4 พบว่า ระยะก่อนเข้าโปรแกรม และโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (pre-test) คะแนนเฉลี่ยการเลี้ยงดูทั้งรายด้าน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยการประเมินรูปแบบการเลี้ยงดูแยกรายด้าน ประเมินในระยะหลังโปรแกรมทันที

รูปแบบการเลี้ยงดู	ค่าเฉลี่ย(SD) สิ้นสุดโปรแกรมทันที		p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
การตอบสนอง	5.6(0.6)	5.2(1.1)	.01*
การยอมรับ	2.9(0.4)	2.8(0.6)	.30
การบริหารจัดการ	2.6(0.6)	2.5(0.7)	.20
ของเล่นส่งเสริมการเรียนรู้	1.8(0.5)	1.6(0.7)	.17
การมีส่วนร่วม	3.6(0.6)	3.3(0.9)	.01*
ความหลากหลาย	3.4(1.1)	3.2(1.1)	.34
โดยรวม	19.9(2.4)	18.6(3.3)	.01*

*p-value<.05, independent t-test

ในระยะสิ้นสุดโปรแกรมทันทีพบว่าโดยรวม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อพิจารณารายด้านกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูง

กว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน โดยด้านการตอบสนอง และการมีส่วนร่วมมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยการประเมินรูปแบบการเลี้ยงดูแยกรายด้านของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน

รูปแบบการเลี้ยงดู	ค่าเฉลี่ย(SD) หลังโปรแกรม 3 เดือน		p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
การตอบสนอง	5.6 (0.6)	5.5 (0.9)	.03*
การยอมรับ	2.9 (0.3)	2.8 (0.7)	.04*
การบริหารจัดการ	2.8 (0.5)	2.8 (0.6)	.75
ของเล่นส่งเสริมการเรียนรู้	1.8 (0.4)	1.7 (0.6)	.20
การมีส่วนร่วม	3.5 (0.7)	3.5 (0.6)	.63
ความหลากหลาย	3.6 (1.0)	3.5 (1.1)	.59
โดยรวม	19.9 (2.4)	18.6 (3.3)	.04*

*p-value<.05

ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในด้านการตอบสนองและการยอมรับสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ตามตารางที่ 6

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรูปแบบการเลี้ยงดูโดยรวมทั้ง 3 ช่วงเวลาคือ ในระยะก่อนได้รับโปรแกรม สิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ repeated measure ANOVA ได้ค่า

sphericity <.01 จึงใช้ผลของของ multivariate tests ในการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรูปแบบการเลี้ยงดู พบว่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินรูปแบบการเลี้ยงดูของกลุ่มทดลองต่างจากกลุ่มควบคุม โดยคะแนนเฉลี่ยการประเมินรูปแบบการเลี้ยงดูของกลุ่มทดลองเพิ่มสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 7 และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินรูปแบบการเลี้ยงดูที่แตกต่างกันได้แก่ ระยะก่อนทดลองกับระยะสิ้นสุดทันที และระยะก่อนทดลองกับระยะหลังสิ้นสุด 3 เดือน

ตารางที่ 7 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการประเมินรูปแบบการเลี้ยงดู 3 ระยะ

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (SD)			กลุ่ม	F(p)	
	ก่อน	สิ้นสุดทันที	หลัง 3 เดือน		เวลา	กลุ่ม*เวลา
กลุ่มทดลอง	14.7 (4.0)	19.9 (2.4)	20.5 (2.0)	5.5 (0.0)*	177.3 (0.7)	1.3 (0.3)
กลุ่มควบคุม	11.0 (1.8)	6.2 (4.7)	5.7 (4.1)			

*p-value<.05

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยการประเมินรูปแบบการเลี้ยงดู 3 ระยะของกลุ่มทดลองแยกรายด้าน

รูปแบบ การเลี้ยงดู	ค่าเฉลี่ย (SD)			F(p)		
	ก่อน	สิ้นสุดทันที	หลัง 3 เดือน	กลุ่ม	เวลา	กลุ่ม*เวลา
การตอบสนอง	4.2 (1.3)	5.6 (0.6)	5.7 (0.6)	4.8 (0.03)*	87.6 (<.01)*	1.3 (0.26)
การยอมรับ	2.7 (0.8)	2.9 (0.4)	2.9 (0.3)	3.0 (0.08)	5.6 (0.00)*	0.33 (0.72)
การบริหารจัดการ	2.0 (1.0)	2.6 (0.7)	2.8 (0.5)	1.2 (0.28)	83.1 (.00)*	0.29 (0.74)
ของเล่นส่งเสริมการเรียนรู้	0.9 (0.8)	1.8 (0.5)	1.8 (0.5)	4.4 (0.04)*	92.3 (<.01)*	.08 (0.92)
การมีส่วนร่วม	2.8 (1.0)	3.6 (0.6)	3.5 (0.7)	5.3 (0.02)*	63.4 (<.01)*	1.7 (0.19)
ความหลากหลาย	2.2 (1.1)	3.4 (1.1)	3.6 (1.0)	0.43 (0.51)	72.2 (<.01)*	1.4 (0.24)

*p-value<.05

จากตารางที่ 8 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยการประเมินรูปแบบการเลี้ยงดูรายด้านที่ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมได้แก่ การตอบสนอง ของเล่นส่งเสริมการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะเวลาที่เปลี่ยนไปสัมพันธ์มีผลต่อคะแนนเฉลี่ย การประเมินรูปแบบการเลี้ยงดูด้วย

วิจารณ์

การศึกษานี้ได้พัฒนาโปรแกรมช่วยเหลือมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดซึ่งเป็น psychosocial intervention ที่เป็นการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตั้งแต่ช่วงหลังคลอด 6 สัปดาห์ จนถึง 6 เดือน และทดลองใช้โปรแกรมในกลุ่มหญิง หลังคลอดที่คัดกรองแล้วพบความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (คะแนน EPDS ≥ 10) จำนวน 84 คน พบว่าการช่วยเหลือตามโปรแกรมทำให้ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาลดลง จากคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ลดลงในช่วงสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือนเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนเริ่มโปรแกรมอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ แม้ว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า หลังคลอดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะ สิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน แต่พบว่ามารดาที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย ความสุขสูงขึ้นทุกครั้งที่มีการเยี่ยมบ้าน และคะแนน ความสุขเริ่มแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่าง มีนัยสำคัญตั้งแต่ครั้งที่ 3 ของการเยี่ยมบ้าน ทำให้ เห็นว่าการเยี่ยมบ้านตามโปรแกรมควรมีอย่างน้อย 3 ครั้งใน 3 เดือน และกลุ่มทดลองมีแนวโน้มการ เปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลัง คลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากอารมณ์ซึมเศร้าที่ลดลงแล้วยังพบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูของมารดาที่ได้รับการช่วยเหลือ ตามโปรแกรมมีลักษณะที่เหมาะสมต่อการกระตุ้น พัฒนาการเด็กมากกว่า เมื่อประเมินจากคะแนนเฉลี่ย รูปแบบการเลี้ยงดูที่กลุ่มทดลองมีคะแนนรวมเฉลี่ยสูง กว่ากลุ่มควบคุมในระยะสิ้นสุดโปรแกรมทันที และ เมื่อพิจารณารายด้านจะเห็นว่ามารดาที่ได้รับการช่วยเหลือตามโปรแกรมจะมีคะแนนเฉลี่ยในด้านการตอบ

สนองที่มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน ซึ่งให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีส่วนช่วยให้มารดาที่กำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้า และมีความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อความต้องการของบุตรได้น้อยลง มีความไวต่อการตอบสนองความต้องการของเด็กมากขึ้น ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการสร้างความผูกพันและส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อไป แต่การช่วยเหลือตามโปรแกรมอาจจำเป็นต้องใช้เวลามากกว่า 6 ครั้งใน 6 เดือนหรือจำเป็นต้องปรับเนื้อหาบางส่วนเพื่อให้รูปแบบการเลี้ยงดูที่เหมาะสมเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรูปแบบการเลี้ยงดูระหว่างสองกลุ่มเมื่อประเมินหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน

นอกจากประเมินผลของการใช้โปรแกรมช่วยเหลือมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด งานวิจัยนี้มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดจำนวน 1,198 คน และพบหญิงที่มีความเสี่ยงจำนวน 203 คน (ร้อยละ 16.9) ผลที่ได้ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของจารูรินทร์ ปิตานพงษ์³ ที่พบภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด 6-8 สัปดาห์หลังคลอด เท่ากับร้อยละ 16.8 จากการคัดกรองทั้งหมด 610 คน แม้ประชากรของการศึกษานี้ไม่ได้สุ่มมาเพื่อเป็นตัวแทนของประชากรในระดับประเทศ แต่จำนวนของการคัดกรองที่สูงเช่นนี้น่าจะสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดมีความชุกสูง และเป็นปัญหาที่ควรได้รับความสนใจจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากการสำรวจข้อมูลทั่วไปพบว่าหญิงหลังคลอดที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามีประวัติการใช้สุรา และสารเสพติดทั้งในตัวเอง และสามีสูงกว่ากลุ่มปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งบ่งชี้ว่าปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่สมควรศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ เนื้อหาของโปรแกรมที่มีการปรับความคิดตามหลัก CBT เนื้อหาในคู่มือบางส่วนอาจจะเข้าใจยาก ทำให้บุคลากรสาธารณสุขที่ให้การช่วยเหลือตามโปรแกรมต้องใช้ทักษะและใช้เวลาในการเตรียมตัวก่อนเยี่ยมบ้าน ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการช่วยเหลือผู้ป่วยจำนวนมาก แต่บุคลากรสาธารณสุขที่เข้าร่วมการวิจัยทุกคนได้ผ่านการอบรมการใช้โปรแกรมจำนวน 2 วัน และมีการลงเยี่ยมพื้นที่โดยทีมผู้วิจัยอย่างต่อเนื่องเพื่อรับฟังปัญหา และปรับเนื้อหาบางส่วนเพื่อความสะดวกในการช่วยเหลือ ระยะเวลาของโปรแกรมที่ต้องใช้เวลาลงเยี่ยมบ้านจำนวน 6 ครั้งต่อเดือน รวมเป็นระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งอาจมีกลุ่มตัวอย่างบางคนที่ย้ายถิ่นฐานหรือบุคลากรสาธารณสุขที่การโยกย้ายตำแหน่ง ส่งผลกระทบต่อการติดตามข้อมูล

สรุป

โปรแกรมช่วยเหลือมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เป็น home based psychosocial intervention ที่สามารถทำโดยบุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการอบรม มารดาที่ได้รับการช่วยเหลือตามโปรแกรมเป็นระยะเวลา 6 เดือนมีอารมณ์ซึมเศร้ามลดลง (คะแนนเฉลี่ย EPDS ลดลง 6.3 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 50.5) รวมทั้งมีคะแนนเฉลี่ยรูปแบบการเลี้ยงดูที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อประเมินในระยะสิ้นสุดโปรแกรมทันที (กลุ่มทดลอง=19.9 กลุ่มควบคุม=18.6 P=0.01) แต่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเมื่อประเมินในระยะสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน มารดาที่ได้รับการช่วยเหลือตามโปรแกรมจะมีคะแนนการเลี้ยงดูในด้านการตอบสนองสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน (P=0.01 และ 0.03 ตามลำดับ) ส่วนผลของระดับพัฒนาการในเด็ก

เมื่อประเมินด้วย Denver II ในช่วงอายุ 9 เดือนได้
แยกรายงานในโอกาสต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงศุภรัตน์ เอกอัศวิน
นางวนิดา ชนินทุพทุฑวงศ์ และคณะร่วมวิจัยของ
สถาบันราชานุกูล

เอกสารอ้างอิง

1. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *J Nurs Res*2001;50:275-85.
2. World Health Organization. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries: report of the meeting held in Geneva, Switzerland, 30 January - 1 February, 2008.
3. จารุรินทร์ ปิตานูปงศ์, กมลรัตน์ วัชรารณณ์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 2005;23(4):249-54.
4. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behav Dev*. 2010;33:1-6.
5. Ammerman R, Bosse N, Teeters A and Van Ginkel J. Maternal depression in home visitation: A systematic review. *Aggress Violent Behav*. 2010;15(3):11-6
6. Rahman A, Sikander S, Roberts C, Creed F Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2008;372.
7. Perry DF. A systematic review of home-based interventions to prevent and treat postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*. 2009;12:3-13.
8. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
9. Pitanupong J, Liabsuetrakul T, Vittayanont A. Validation of the Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Res* 2007;149:253-9.