ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอด

*วรรณา คงสุริยะนาวิน ศษ.ด.**
*เบญจวรรณ คุณรัตนาภรณ์ พย.ม.***
*กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์ พบ. Ph.D.****

บทคัดย่อ : การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิง 400 คน มาตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลศิริราช เครื่องมือที่ใช้คือ แบบบันทึกส่วนบุคคล และแบบประเมินสุขภาพจิตของคนไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน เมื่อพบความแตกต่างของปัจจัยจะทำการทดสอบภายหลัง

ผลการวิจัยพบว่า หญิงหลังคลอดมีสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 61.8 และมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 38.2 ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตหญิงหลังคลอด ได้แก่ ระดับการศึกษา ($p < .05$) ปัญหาสุขภาพ ($p < .001$) จำนวนครั้งของการคลอด ($p < .01$) ความรู้การปฏิบัติตนหลังคลอด ($p < .01$) บุคคลที่อาศัยด้วย ($p <.05$) และสุขภาพของบุตร ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้คือ ควรมีการประเมินสุขภาพจิตหญิงหลังคลอดตั้งแต่ระยะแรก โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตที่มารดาและบุตรมีปัญหาสุขภาพ มารดาที่มีบุตรคนแรกและมีการศึกษาน้อย ควรมีการให้การปรึกษา เยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ติดตามหญิงหลังคลอดที่มีปัญหาอย่างต่อเนื่อง และส่งต่อบุคคลที่มีแนวโน้มมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าปกติ

วารสารสภาการพยาบาล 2553; 25(1) 88-99

คำสำคัญ : สุขภาพจิต หลังคลอด ผู้หญิง

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*
***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*
****รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล*

ความสำคัญของปัญหา

หญิงหลังคลอดเป็นช่วงมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม อีกทั้งต้องรับหน้าที่จากภรรยามาเป็นมารดาในการดูแลบุตร ซึ่งเป็นช่วงวิกฤตที่สำคัญครั้งหนึ่งของชีวิต ในช่วงแรกหลังคลอด มารดาจะมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ร้องไห้ไม่มีเหตุผล หงุดหงิด นอนไม่หลับเป็นผลทำให้เกิดความเครียดและความผิดปกติทางอารมณ์[1-6] จากการศึกษาของ Pornsri[1] พบหญิงหลังคลอดมี อาการซึมเศร้า ร้อยละ 2.8 และอาการวิตกกังวลร้อยละ 6.1 และ Pinkaew[4] ได้ศึกษาพบหญิงหลังคลอดมีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 2 และอาการวิตกกังวลร้อยละ 4 จากการสังเคราะห์งานวิจัยแบบการวิเคราะห์เชิงอภิมาน (meta – analysis) จำนวน 59 เรื่องของ Dennis[7] พบหญิงหลังคลอดมีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 13 อาการซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจนำไปสู่อาการทางจิต ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่หญิงหลังคลอดอาจทำร้ายตนเอง และบุตรได้[8] จากการศึกษาที่ผ่านมาจะมีการประเมินอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล ยังไม่มีการประเมินสุขภาพจิตทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ อาการทางกาย อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการทางจิต และการปรับตัวทางสังคม ซึ่งอาการทางกายที่ประเมินเนื่องจากความผิดปกติทางจิต (somatic) จะเป็นอาการนำมาก่อนที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตและมักพบอาการทางจิตในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงแล้ว[9]

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกการประเมินสุขภาพจิตทั้ง 5 ด้าน และ ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอด จะทำให้เกิดความเข้าใจในการป้องกัน หาแนวทางช่วยเหลือ ลดปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้น และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอาการทางจิตที่ตามมาได้ทันท่วงทีในปัจจุบันและอนาคตตามนโยบายของรัฐบาลได้ต่อไป[10]

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Beck[11] และจากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า อาการไม่สบายใจ/ปัญหาสุขภาพจิต ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม เป็นช่วงภาวะวิกฤตหนึ่งของชีวิต ซึ่งหญิงหลังคลอดก็เป็นช่วงมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจและสังคมนั้น ทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวนหรือความผิดปกติทางอารมณ์ของหญิงหลังคลอด ที่จะนำไปสู่อาการซึมเศร้า ซึ่งเป็นกระบวนการเกิดระยะยาว แล้วเกิดซ้ำ ๆที่เกิดความเครียดในชีวิตและฮอร์โมนที่ก่อให้เกิดสารเคมีภาวะซึมเศร้า จึงมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าซึ่งอาจจะทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้[6,8] ส่วนCorwin[5] ได้ศึกษาพบว่าปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจและสถานการณ์จะเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดอาการซึมเศร้า ได้แก่ อาการเหนื่อยล้าและร่างกายทางสรีรวิทยา มีการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนของหญิงหลังคลอดจะพัฒนาไปสู่อาการซึมเศร้าได้ Meighan[12] ได้ศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าของหญิงหลังคลอด ได้แก่อายุของหญิงคลอดบุตรครั้งแรก ประสบการณ์คลอด ความเครียด การถูกแยกจากบุตรทันทีทันใด และบุคคลที่หญิงหลังคลอดอาศัยอยู่ด้วย และจากการศึกษาของPornsri[1], Pinkaew[4] และการศึกษาอื่น ๆ[5-7,11,13-14] พบว่า ปัจจัยสำคัญที่จะมีทั้งปัจจัยที่สัมพันธ์และไม่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล และความเครียดของหญิงหลังคลอด ได้แก่อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สุขภาพของมารดาและบุตร การดูแลบุตร ความรู้ในการปฏิบัติตน ประสบการณ์การคลอด จำนวนครั้งของการคลอด วิธีการคลอด บุคคลที่อาศัยด้วย ซึ่งมีปัจจัยหลากหลายในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรและ

ได้จัดตัวแปรเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยหลังคลอดเพื่อในการประเมินสุขภาพจิต และเมื่อทราบปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอด จะได้นำไปส่งเสริมป้องกันในการพยาบาลช่วยเหลือดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชหญิงหลังคลอดเชิงรุกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอด
2. ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยหลังคลอดที่มีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอด

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การศึกษา ภูมิลำเนาปัญหาสุขภาพกาย มีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอดแตกต่างกัน
2. ปัจจัยหลังคลอด ได้แก่ จำนวนครั้งของการคลอด บุคคลที่อาศัยด้วย การฝากครรภ์ การได้รับความรู้การปฏิบัติตนหลังคลอด ประสบการณ์คลอด วิธีการคลอด ภาวะแทรกซ้อน สุขภาพบุตร ผู้ช่วยเหลือดูแลบุตรหลังคลอด มีผลต่อสุขภาพจิตหญิงหลังคลอดแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงอธิบาย (Exploratory descriptive research) *ประชากร*ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ หญิงหลังคลอดบุตร และมาตรวจรักษาหลังคลอดที่แผนกสูติศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช *กลุ่มตัวอย่าง* ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accident random) โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง[15] คือ $n_p = \frac{Z^2 PQ}{E^2} = 173.79$ ราย การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 400 ราย ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) หญิงหลังคลอดที่สามารถติดต่อสื่อสารได้ 2) ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ เกณฑ์การคัดออกคือ หญิงหลังคลอดที่มีอาการทางจิตชัดเจน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลคือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การศึกษา ภูมิลำเนา ปัญหาสุขภาพกาย 2) ปัจจัยหลังคลอด ได้แก่ จำนวนครั้งของการคลอด บุคคลที่อาศัยด้วย การฝากครรภ์ การได้รับความรู้การปฏิบัติตนหลังคลอด ประสบการณ์การคลอด วิธีคลอด ภาวะแทรกซ้อน สุขภาพบุตร ผู้ช่วยเหลือดูแลบุตรหลังคลอด

2. แบบประเมินสุขภาพจิต เป็นแบบวัดสุขภาพในคนไทย สร้างโดย สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ และคณะ[16] ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM. IV ที่มีประสิทธิภาพในเชิงโครงสร้างอำนาจการจำแนกระหว่างคนปกติ และกลุ่มผู้มีปัญหาทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ความเที่ยงตรงสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับ 0.87 มีความตรงเชิงโครงสร้าง สามารถแยกความผิดปกติได้ครอบคลุม 5 ด้านคือ 1) กลุ่มอาการทางกายเนื่องจากความผิดปกติทางจิต (Somatic) 10 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่า 0.94 2) กลุ่มอาการซึมเศร้า (Depression) จำนวน 20 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่า 0.82 3) กลุ่มอาการวิตกกังวล (anxiety) จำนวน 15 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่า 0.84 4) กลุ่มอาการทางจิต (Psychotic) จำนวน 10 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่า 0.87 5) การปรับตัวทางสังคม (Social function) จำนวน 15 ข้อ มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่า 0.85

การตอบแบบสอบถาม ให้ผู้ตอบการสัมภาษณ์สำรวจอาการ/ความรู้สึกในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาว่าอยู่ในระดับใด คำตอบจะแบ่งเป็น 5 ระดับคือไม่มี หมายถึงไม่เคยมีอาการเลย, เล็กน้อย หมายถึง เคยมีอาการประมาณ 1-2 ครั้ง,ปานกลาง หมายถึง เคยมีอาการ ประมาณสัปดาห์ละครั้ง, ค่อนข้างมาก หมายถึง เคยมีอาการหลาย ๆ ครั้งใน 1 สัปดาห์, มากหมายถึง เคยมีอาการ เกือบทุกวัน

การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้กลุ่มที่ 1 ได้แก่ 2-9, 11-21, 31-38, 40-43, 46-54, 57, 59-62 การให้คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน จนถึงมาก = 4 คะแนน ตามลำดับ กลุ่มที่ 2 ได้แก่ 1, 10, 22-30, 39, 44, 45, 55, 56, 58, 63-70 การให้คะแนน ตรงข้ามกันคือ ไม่มี = 4 คะแนน จนถึงมาก = 0 คะแนน ตามลำดับ

การแปลความหมายของคะแนน โดยรวมคะแนนแต่ละกลุ่มอาการแล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถาม นำค่าคะแนนที่ได้ในแต่ละกลุ่มไปเทียบกับค่า T-Score ของคนปกติ ซึ่งอยู่ในคะแนน T-Score ที่ 65

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา แบบวัดสุขภาพจิตชุดนี้ ได้ผ่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา แพทย์สูตินรีเวช พยาบาลสูตินรีเวช จากนั้นจึงทำการปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับแบบวัดในข้อ 22-30 เป็นทางบวก

2. ความเชื่อมั่น นำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้กับหญิงหลังคลอด จำนวน 30 คน แล้วคำนวณหาความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha – coefficient) = 0.94.

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างการวิจัย ในเรื่องนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ก่อนดำเนินการวิจัย มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยชี้แจงรายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ หลังจากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยให้ลงนามยินยอมด้วยความสมัครใจ ขณะทำการสัมภาษณ์ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ การสัมภาษณ์จะหยุดทันที และผู้วิจัยจะช่วยเหลือเบื้องต้นโดยให้การปรึกษาในทันทีและถ้ามีอาการมากจะส่งปรึกษาแพทย์จิตเวชต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช เพื่อขอความร่วมมือการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยสูตินรีเวชวิทยา เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจรักษาตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ หลังจากนั้นจึงดำเนินการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ของข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยหลังคลอดของข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงหลังคลอด

2. เปรียบเทียบความแตกต่างสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้าน

3. ทดสอบความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of variance, One-way ANOVA) และทดสอบความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และเมื่อพบกลุ่มที่แตกต่างของปัจจัยจะทำการทดสอบภายหลัง (Post Hoc Comparisons)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นหญิงหลังคลอดจำนวน 400 คน มีอายุระหว่าง 13-43 ปี อายุเฉลี่ย 24.6 ปี (SD = 5.58) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.2 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 95.3 รายได้ไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 42.8 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.5 มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ร้อยละ 68.2 ไม่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 86.5

ส่วนปัจจัยหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่า เป็นหญิงคลอดบุตรครั้งแรกมากที่สุด ร้อยละ 59.5 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามี ร้อยละ 75.3 มีการฝากครรภ์ ร้อยละ 97 ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังคลอด ร้อยละ 55.5 คลอดบุตรปกติ ร้อยละ 86 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 83 สุขภาพบุตรมีความแข็งแรง ร้อยละ 88.5 และมีผู้ช่วยเหลือดูแลบุตรหลังคลอด ร้อยละ 64.8 เป็นที่น่าสังเกตว่าในกลุ่มหญิงหลังคลอดที่มีอายุน้อยคืออายุ 13-15 ปี พบร้อยละ 0.9 ซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่นตอนต้นที่ยังไม่มีรายได้ ขาดประสบการณ์ในการดูแลบุตร และเป็นหญิงหลังคลอดที่ไม่ได้ฝากครรภ์ร้อยละ 3 แม้ว่ามีจำนวนน้อย แต่มิได้เตรียมตัวและวางแผนการมีบุตร จึงควรเอาใจใส่ช่วยเหลือดูแลใกล้ชิดพร้อมทั้งติดตามหญิงหลังคลอดด้วย

สุขภาพจิตหญิงหลังคลอด

หญิงหลังคลอดมีสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 61.8 (247 คน) และมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 38.2 (153คน) โดยพบ อาการทางกาย ร้อยละ 20 ($\bar{X}$= 1.75, SD = 0.33) อาการวิตกกังวล ร้อยละ 15.3 ($\bar{X}$ = 1.72, SD = 0.30) อาการซึมเศร้า ร้อยละ 14.3 ($\bar{X}$ = 1.74, SD = 0.39) การปรับตัวทางสังคม ร้อยละ 8.3 ($\bar{X}$ = 2.66, SD = 0.16) และ อาการทางจิต ร้อยละ 4 ($\bar{X}$ = 1.63, SD = 0.25) (ตารางที่ 1)

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตโดยรวมของหญิงหลังคลอด ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการคลอด ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังคลอด บุคคลที่อาศัยด้วย และสุขภาพของบุตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตรายด้านทั้ง 5 ด้านของหญิงหลังคลอด พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตเพิ่มเติม คือ อายุ อาชีพ ประสบการณ์คลอด ภาวะแทรกซ้อนและวิธีการคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่2)

การอภิปรายผล

1. สุขภาพจิตโดยรวมของหญิงหลังคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 61.8 (247 คน) และมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 38.2 (153 คน) วิเคราะห์สุขภาพจิตรายด้าน พบว่า หญิงหลังคลอดมีปัญหาด้านอาการทางกาย ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า การปรับตัวทางสังคม และอาการทางจิต จำนวนร้อยละ 20, 15.3, 14.3, 8.3 และ 4 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Beck[11] และ Corwin[5] พบว่า หญิงหลังคลอดจะมีอารมณ์แปรปรวนหงุดหงิดง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทางร่างกาย มีความอ่อนเพลียจากการเสียเลือด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีความไม่สุขสบายเจ็บแผลฝีเย็บ/แผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีน้ำคาวปลาไหลตลอดเวลา ปวดมดลูก คัดตึงเต้านม เหงื่อออกมาก ปัสสาวะบ่อย ท้องผูก Grag และคณะ[21] ได้ศึกษาพบว่าการเปลี่ยนบทบาทจากสาวโสดมาเป็นมารดาเลี้ยงดูบุตรทำให้รูปแบบการนอนเปลี่ยนไป ทั้งยังขาดความเป็นส่วนบุคคล ขาดการมีเพศสัมพันธ์กับสามี ขาดการงานอาชีพ ขาดการออกสังคมกับเพื่อน ขาดความสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งเป็นเรื่องปกติที่จะเกิดได้ใน 1, 4, 8 สัปดาห์ หลังคลอด บางรายอาจจะถึง 6 เดือน ถึง 1 ปี ที่สำคัญถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยจะส่งผลกระทบต่อหญิงหลังคลอดและครอบครัวได้[7] โดยธรรมชาติปกติทั่วไปส่วนใหญ่หญิงหลังคลอดจะมีความสุขเนื่องจากมีทายาทใหม่และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว[12,19] ซึ่งอาจจะมีหญิงหลังคลอดที่มีอาการซึมเศร้าและไม่มีอาการซึมเศร้า เนื่องจากหญิงหลังคลอดมีความรู้สึกผิดว่า การมีความคิดทางด้านลบไม่เหมาะสมในระยะนี้ เพราะสังคมคาดหวังว่าการมีบุตรจะเป็นชีวิตที่มีความสุขและเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์จึงมักไม่กล้าแสดงออก[8]

2. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตโดยรวมของหญิงหลังคลอด คือ ปัญหาสุขภาพ ($\bar{X}$= 5.75, SD = 2.08)และจำนวนครั้งของการคลอด($\bar{X}$= 8.14, SD = 5.98) มีผลต่ออาการทางกายจำนวนร้อยละ 20

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบสุขภาพจิตปกติ-ผิดปกติของหญิงหลังคลอด โดยแสดงจำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย คะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาพจิตโดยรวมของหญิงหลังคลอดและรายด้าน (n=400)

สุขภาพจิตโดยรวม/รายด้าน	ปกติ				ผิดปกติ				t
	n	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD	n	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD	
สุขภาพจิตโดยรวม	247	61.8	1.9	0.29	153	38.2	0.83	0.37	38.54***
สุขภาพจิตรายด้าน									
- อาการทางกาย	320	80.0	0.80	0.30	80	20.0	1.75	0.33	24.81***
- อาการซึมเศร้า	343	85.7	0.58	0.37	57	14.3	1.74	0.39	21.69***
- ความวิตกกังวล	339	84.7	0.77	0.32	61	15.3	1.72	0.30	21.90***
- อาการทางจิต	384	96.0	0.46	0.31	16	4.0	1.63	0.25	14.88***
- การปรับตัวทางสังคม	367	91.7	1.56	0.56	33	8.3	2.66	0.16	11.18***

***p < .0001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยหลังคลอดที่มีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอดโดยรวมและรายด้าน

ปัจจัยส่วนบุคคล/สุขภาพจิต	*F*	*p-value*	*ปัจจัยหลังคลอด/สุขภาพจิต*	*F*	*p-value*
- สุขภาพจิตโดยรวม			***- สุขภาพจิตโดยรวม***		
- ปัญหาสุขภาพ	18.23	0.001***	- ความรู้การปฏิบัติตนหลังคลอด	4.69	3.85
- ระดับการศึกษา	2.59	0.026*	- จำนวนครั้งของการคลอด	0.003**	0.004**
			- บุคคลที่อาศัยด้วย	2.88	0.036*
			- สุขภาพของบุตร	4.40	0.013*
- สุขภาพจิตรายด้าน			***- สุขภาพจิตรายด้าน***		
* อาการทางกาย			* อาการทางกาย		
- ปัญหาสุขภาพ	11.03	.001***	- จำนวนครั้งของการคลอด	4.95	0.001***
			- สุขภาพของบุตร	8.89	0.001***
* อาการซึมเศร้า			* อาการซึมเศร้า		
- ระดับการศึกษา	4.30	0.001***	- จำนวนครั้งของการคลอด	5.87	0.001***
- ปัญหาสุขภาพ	19.55	3.18	- ความรู้การปฏิบัติตนหลังคลอด	12.44	3.45
- สถานภาพสมรส	0.001***	0.043*	- ประสบการณ์คลอด	0 .000**	0.005**
			- ภาวะแทรกซ้อน	2.96	0. 005**
			* ความวิตกกังวล		
			- สุขภาพบุตร	6.58	. .002**
* ความวิตกกังวล			* ความวิตกกังวล		
- อายุ	3.18	.008**	- ความรู้การปฏิบัติตนหลังคลอด	5.30	.001***
- ปัญหาสุขภาพ	7.36	.007**	- บุคคลที่อาศัยด้วย	4.83	.003**
- อาชีพ	2.10	.043*	- ประสบการณ์คลอด	3.78	.002**
-ระดับการศึกษา	2.37	0.39*	- วิธีการคลอด	4.12	.007**
			- สุขภาพบุตร	3.97	.020*
* อาการทางจิต			* อาการทางจิต		
- ปัญหาสุขภาพ	9.16	.003**	- บุคคลที่อาศัยด้วย	2.86	.037*
			- ความรู้การปฏิบัติตนหลังคลอด	3.22	0.23*
			- ภาวะแทรกซ้อน	2.67	.011*
* การปรับตัวทางสังคม			* การปรับตัวทางสังคม		
- อาชีพ	2.92	.005**	- ความรู้การปฏิบัติตนหลังคลอด	19.85	.001***
			- ประสบการณ์คลอด	4.87	.001***

p* < .05, p** < .01, p*** < .001

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี พงศ์ไพบูลย์[3] Pinkaew[4]Corwin[5] Beck&Indman[17] และ Rychovsky[18] พบว่า หญิงหลังคลอดเสียเลือดมากทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ความไม่สุขสบายจากการเจ็บแผลฝีเย็บ หรือบางรายมีแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีน้ำคาวปลาไหลตลอดเวลา ปวดมดลูก คัดตึงเต้านม เหงื่อออกมาก ปัสสาวะบ่อย ท้องผูก และการลดลงทันทีของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังคลอดทำให้มีอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย และถ้ามีคลอดบุตรหลายครั้งก็จะยิ่งทำให้เกิดอาการเหล่านี้ซ้ำแล้วซ้ำอีกตามจำนวนครั้งของการคลอด ซึ่งอาการเหล่านี้มิควรมองข้ามไป เพราะถ้าไม่ได้รับการเข้าใจและการช่วยเหลือก็จะยิ่งเพิ่มความวิตกกังวลอาจนำไปสู่อาการซึมเศร้าได้[4,18] และมักพบอาการทางจิตในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงแล้ว[9]

ระดับการศึกษา มีผลต่ออาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาน้อยโดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่เคยเรียน ($\bar{X}$= 5.94, SD. = 2.99) เนื่องจากไม่มีความรู้ไม่กล้าถาม ไม่รู้วิธีการปรับตัวซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pinkaew[3] และดาราวรรณ กำเสียงใส[19] พบว่า หญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีการปรับตัว มีการเตรียมตัวก่อนการเป็นมารดา การเผชิญปัญหา และแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ได้ดีกว่าระดับการศึกษาที่น้อยกว่า และในทางทฤษฎี[12]ระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะช่วยให้บุคคลเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังคลอด รู้จักแสวงหาความรู้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ในการปรับตัวและการดูแลตนเอง

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังคลอด มีผลต่ออาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า อาการทางจิตและการปรับตัวทางสังคมของหญิงหลังคลอด โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังคลอดมากที่สุด ($\bar{X}$= 5.76, SD. = 1.63) เนื่องจากจะกลัวและวิตกกังวลกับสิ่งที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดอาการจะไม่ทราบว่าจะต้องปฏิบัติตนอย่างไร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Liu- Chiang[20] พบว่ามารดาที่มีบุตรคนแรกมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ซึ่ง Grag และคณะ[21] ได้ศึกษาและสนับสนุนว่าควรมีการให้ความรู้มารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก และกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้การ ศึกษาของ McIntosh[13] ยังพบว่าหญิงหลังคลอดที่ไม่มีความรู้ คิดว่าอาการซึมเศร้าเป็นเรื่องปกติ ไม่มีความจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือ จึงไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของตนเองแก่บุคลากรทางการแพทย์ เพราะมีความรู้สึกอาย กลัวจะกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวช ถูกตีตราว่าเจ็บป่วยทางจิต ไม่เหมาะสมที่จะเป็นมารดา และถ้าแสดงว่า มีความรู้สึกซึมเศร้า กลัวจะถูกแยกบุตรจากมารดา จึงไม่กล้าบอกความจริงและขอความช่วยเหลือ ทำให้ไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือได้รับการช่วยเหลือช้าเกินไป

จำนวนครั้งของการคลอดที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า โดยเฉพาะกลุ่มหญิงที่คลอดบุตรครั้งแรกสูงสุด ($\bar{X}$= 4.98, SD = 1.74) มารดาจะมีความวิตกกังวล เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนและถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจนำไปสู่อาการซึมเศร้าได้ จะเห็นได้ว่าหญิงหลังคลอดบุตรกลุ่มนี้มีอายุน้อยที่สุด 13-15 ปี ร้อยละ 0.9 เป็นมารดาวัยรุ่น และไม่มีอาชีพบางคนอยู่ในวัยเรียน ยังไม่มีรายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Secco และคณะ[23] พบว่ามารดาวัยรุ่นคลอดบุตรคนแรกมีความเสี่ยงต่ออาการซึมเศร้าหลังคลอด และจากการศึกษาของ Somphit[26] สนับสนุนว่ามารดาวัยรุ่นคลอดบุตรคนแรก มีอาการซึมเศร้าหลังคลอดจำนวนถึงร้อยละ 26 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Koniak-Griffin[25] และDennis[27]

พบว่ามารดาอายุน้อยและอายุมาก ที่คลอดบุตรครั้งแรก มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Robertson และคณะ[14] Olshansky และคณะ[22] Secco และคณะ[23]พบว่ายิ่งหญิงที่มีบุตรยากและอายุมาก และหญิงหลังคลอดวัยรุ่นที่มีอายุน้อย จะมีผลต่อสุขภาพจิตอย่างมาก เนื่องจากการคลอดครั้งแรก ขาดความรู้ ไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร และการต้องปรับตัวให้มีบทบาทเป็นมารดาที่ดี[24-25] จึงมีผลต่ออาการซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่น[20-21]

ปัญหาสุขภาพของบุตรมีผลต่ออาการทางกาย อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า พบว่า ปัญหาสุขภาพของบุตรมีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอดมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพของบุตร ($\bar{X}$= 5.63, SD = 1.70) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Beck[11] และ Ho & Holroyd[28] พบว่าการที่มีบุตรไม่สบายและมีไข้ ส่งผลต่อมารดาที่ต้องคอยดูแลบุตร เนื่องจากมารดามีความวิตกกังวล นอนไม่หลับทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ และมารดายังต้องปรับตัว ในการดูแลการเจ็บป่วยของบุตร และกลัวว่าอาจจะทำให้บุตรเสียชีวิตได้ ยังมีการศึกษาของ Hung & Chung[29] สนับสนุนว่า เมื่อบุตรไม่สบายจะร้องไห้รบกวนมารดาจนทำให้มารดานอนไม่หลับ มารดาจะกังวล กลัวบุตรจะเป็นอันตราย ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล ส่วน Hodgkinson & Lester[30] ได้ศึกษาสนับสนุนเพิ่มเติมว่ามารดาจะมีความเครียดมาก ทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตเมื่อบุตรเจ็บป่วย เพราะกลัวบุตรเสียชีวิต และBeck[11] ศึกษา พบว่า อาการเจ็บป่วยของบุตรมีผลต่ออาการซึมเศร้าของหญิงหลังคลอด เนื่องจากมารดากังวลมากเมื่อไม่ได้รับการช่วยเหลือจะนำไปสู่ ปัญหาสุขภาพจิตได้

บุคคลที่หญิงหลังคลอดอาศัยอยู่ด้วย ที่มีผลต่ออาการวิตกกังวล และอาการทางจิตได้มากที่สุด คือ บิดามารดาฝ่ายชาย ($\bar{X}$ = 5.59, SD = 2.16) ซึ่งไม่ใช่ครอบครัวเดิมของตนทำให้หญิงหลังคลอดกลัวและวิตกกังวลไม่สบายใจที่จะอยู่ด้วย การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากคนอื่นไม่ดีเท่ากับได้รับจากสามีการที่หญิงหลังคลอดได้อยู่กับสามีจะมีสุขภาพจิตดีมากที่สุด($\bar{X}$ = 4.70, SD = 1.69) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chan และ คณะ[6] Hung & Chung[29] พบว่าการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสามีจะช่วยลดอาการวิตกกังวล และอาการทางจิตได้ รองลงมาคือ บิดามารดาฝ่ายหญิง ($\bar{X}$ = 4.90, SD = 1.73) ซึ่งมีผลใกล้เคียงกับอยู่สามี แต่ในทางตรงกันข้าม Dennis & Ross[31] ศึกษาพบว่าถ้าอยู่กับสามีแล้วมีความขัดแย้งก็จะมีผลทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

การปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการประเมินสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของหญิงหลังคลอดทุกรายเพื่อเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาดาและบุตรที่มีปัญหาสุขภาพทางกายที่สามารถสังเกตได้ หญิงที่มีการศึกษาน้อยหรือไม่เคยเรียน และมาดาที่มีบุตรคนแรกที่อายุน้อยอายุมากและที่มีบุตรยาก ควรมีการสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเพื่อช่วยลดปัญหาในการเลี้ยงดูบุตร ลดความวิตกกังวลของหญิงหลังคลอด และควรมีการติดตามประเมินผลสุขภาพจิตโดยมีการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง

การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้ความรู้ในหญิงที่มีบุตรครั้งแรกมีผลต่อสุขภาพจิตอย่างไร และการศึกษาเชิงคุณภาพ เช่น การเปรียบเทียบหญิงหลังคลอดในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพและที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพและที่ไม่มีปัญหาสุขภาพของบุตร ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันเพื่อหาข้อมูลในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตตรงกับกลุ่มเป้าหมายในเชิงลึกได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ได้กรุณาอนุญาตให้ใช้แบบวัดสุขภาพจิตในคนไทย และการให้การปรึกษาทางสถิติและข้อเสนอแนะต่าง ๆ อย่างดียิ่ง และขอขอบคุณ คุณอารีย์ จงวนิชย์ และคุณสุพรรณี จันทวานิช ที่ได้กรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการวิจารณ์งานวิจัยให้มีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Pornsri D. **Factors affecting postpartum women's anxiety depression in Ramathibodi Hospital : Logistic regression Analysis** [thesis]. Bangkok: Mahidol Univ.; 1999.
2. เทียมศร ทองสวัสดิ์. **การพยาบาลในระยะหลังคลอด.** พิมพ์ครั้งที่ 2. คณะพยาบาลศาสตร์ เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.; 2537.
3. ปราณี พงศ์ไพบูลย์. **การพยาบาลหญิงระยะหลังคลอด.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2539.
4. Pinkaew C. **Personal factor predicting anxiety and depression of pregnant and postpartum women** [thesis]. Bangkok: Mahidol Univ.; 2001.
5. Corwin EJ, Brownsted J, Barton N, Heckard S, Morin K. The Impact of fatigue on the development of postpartum depression. **JOGNN.** 2005; 34(5): 577-86.
6. Chan SW-C., Levy V., Chung. TK-H., Lee D. A Qualitative study of the experiences of a group of Hong Kong Chinese women diagnosed with postnatal depression. **J Adv Nurs.** 2002; 39(6): 571-9.
7. Dennis CL. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression : Systematic review. **BMT.** [serial online] 2005; 15(331):1-8. [cite 2008 May 2]. Available from:URL: http://resources.bmj.com/bmi/subscribers.
8. Hall PL, Wittkowski A. An Exploration of negative thoughts as a normal phenomenon after childbirth . **J Midwifery Womens Health** 2006; 51(5): 321-30.
9. Maeve MK. Postpartum depression theory. In: Tomey AM, Alligood MR, editors. **Nursing theorist and their Work** 6th ed. Missouri: Mosby, Inc. 2006.p. 743-61
10. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. **แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนา เศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554).**
11. Beck CT. Predictors of postpartum depression an update. **Nurs Res.** 2001; 50(5): 275-85.
12. Meighan M. Maternal role attainment - becoming a mother. In: Tomey AM. Alligood MR, editors. **Nursing theorists and their work.** 6th ed. Missouri: Mosby, Inc.2006.p. 605-62.
13. McIntosh J. Postpartum depression: Women's help-seeking behaviour and perceptions of cause. **J Adv Nurs.** 1993; 18: 178-84.

14 Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. **Antenatal risk factors for postpartum depression : A Synthesis of recent literature. Gen Hosp Psychiatry.** 2004; 26: 289-95.

15. Kelsey JL, Whittlemore AS, Evan AS, Thompson WD. **Method in observational epidemiology and biostatistics.** 2nd ed. N.Y.: Oxford University Press.1996.

16. สุชีรา ภัทรายุวรรตน์ และคณะ. การสร้างเกณฑ์ปกติสำหรับวัดสุขภาพจิตในคนไทย. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 2542: 44(4): 285 – 97.

17. Beck CT, Indman P. The Many faces of postpartum depression. **JOGNN**. 2005; 34(5): 569-76.

18. Rychnovsky JD.Postpartum fatigue in the active – duty military woman. **JOGNN**. 2007; 36(1): 38-46.

19. ดาราวรรณ กำเสียงใส. **ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์** [วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท]. กทม.: มหาวิทยาลัยมหิดล.; 2539.

20. Liu Chiang C-Y. Postpartum worries : An Exploration of Taiwanese primiparas who participate in the Chinese ritval of Tso-Yuch-Tzu. **Matern Child Nurs J.** 1995, 23(4) : 110-22.

21. Grag A., Morton S, Heneghan A. A Hospital survey of postpartum depression education at the time of delivery. **JOGNN**. 2005; 34(5): 587-94.

22. Olshansky E, Sereika S. The Transition from pregnancy to postpartum in previously infertile women : A Focus on depression. **Arch Psychiatr Nurs.** 2005; 19(6): 273-80.

23. Secco ML, Profit S, Kennedy E, Walsh A, Letourneau N, Stewart M. Factors affecting postpartum depressive symptoms of adolescent mothers. **JOGNN**. 2007; 36(1) : 47-54.

24. Perry SE. **Clinical compassion for maternity & women's health care.** 9th ed. Missouri: Mosby. Inc. 2007.

25. Koniak – Griffin D, Logsdon C, Hines-Martin V, Turner CC. Contemporary mothering in a diverse society. **JOGNN**. 2006; 35: 671-8.

26. Somphit Amphai. **Personal factors, maternal role adaptation and postpartum depression in primiparous adolescent mothers** [thesis]. Bangkok: Mahidol Univ.; 2007

27. Dennis CL. Brief report: Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale ? **J Affective Disord.** 2004; 78: 163-69.

28. Ho I., & Holroyd E. Chinese women's perceptions of the effectiveness of antenatal education in the preparation of motherhood. **J Adv Nurs.** 2002; 38(1): 74-85.

29. Hung CH. & Chung HH. The Effects of postpartum Stress and social support on postpartum women's health status. **Issues and Innovations In Nursing Practice.** 2001; 36(5): 676-84.

30. Hodgkinson R. & Lester H. Stress and coping strategies of mothers living with a child with cystic fibrosis : Implications for nursing professionals. **J Adv Nurs.** 2002; 39(4): 377-83.

31. Dennis CL, Ross L. Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms **J Adv Nurs.** 2006; 56(6): 588-99.

Factors Affecting Postpartum Women's Mental Health

*Wanna Kongsuriyanavin, Ed.D**
*Benjawan Kunrattanaporn, M.N.S. ***
*Kitirat Techatraisak, M.D., Ph.D. ****

Abstract : The purpose of this study was to examine factors affecting postpartum women's mental health. The subjects were 400 postpartum women who followed up the postpartum clinic at Siriraj Hospital. The subjects were interviewed by using questionnaires, including personal questionnaire and Thai Mental Health Questionaire (TMHQ.). The data were analyzed by descriptive statistics (e.g. freguenay mean, SD., max, min), analysis of variance, and Post Hoc Comparisons.

The results revealed that 61.8 percent postpartum of women had normal mental health, whereas 38.2 percent had mental health problems. The factors that affected the postpartum women's mental health were educational level ($p < .05$), health problems ($p < .001$), numbers of delivery ($p < .01$), women's knowledge ($p < .01$), the company ($p < .05$), and the baby's health ($p < .05$).

The results suggested that nurses should early detect postpartum women who were at risk of mental health problems, especially women who had physical health problems, first-time mothers, low education, and the baby's health problems. Furthermore, the nurses should continuously provide them, consultation, home visit, and telephone follow up. Moreover, the nurse s should refer the cases who were at risk for further diagnosis and early treatment.

Thai Journal of Nursing Council 2010; 25(1) 88-99

Keywords : Mental health, Postpartum, Women

**Mental Health and Psychiatric Nursing Department, Faculty of Nursing, Mahidol University*
***Obstetrics - Gynecological Nursing Department, Faculty of Nursing, Mahidol University*
****Obstetrics - Gynecological Department, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University*