ความชุกและความสอดคล้องของความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล ศศ.ด.* กิ่งแก้ว สิทธิ พย.ม.**
อัญชลี อ้วนแก้ว พย.ม.*** สุภาพักตร์ หาญกล้า ศษ.ม.*** ภัสพร โมฆะรัตน์ พย.ม.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและความสอดคล้องของความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 97 คน ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร โดยใช้แบบประเมินความเครียด 5 คำถาม (ST-5) แบบประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ kappa test

ผลการวิจัย พบว่าความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเครียดน้อย (87.6%) มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 10.3 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.3 ผลการประเมินพบว่าความเครียดไม่มีความสอดคล้องกับความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (kappa=.022, p=.378; kappa=.094, p=.346 ตามลำดับ) และผลการประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าไม่มีความสอดคล้องกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (kappa=.001, p=.978)

สรุปว่าหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการประเมินสุขภาพจิตทั้งความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าไปพร้อม ๆ กัน เนื่องจากแบบประเมินทั้ง 3 ชนิด ไม่มีความสอดคล้องกัน หากพบภาวะใดผิดปกติในแบบประเมินใดก็ตาม ควรได้รับการให้คำปรึกษาและส่งต่อเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเพื่อรับการดูแลทางด้านจิตใจและสังคมต่อไป

คำสำคัญ: ความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า หญิงตั้งครรภ์

วันที่รับบทความ 25 เมษายน 2565 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 1 มิถุนายน 2565 วันที่ตอบรับบทความ 2 มิถุนายน 2565

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล soianu@kku.ac.th**

****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร**

*****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี**

The prevalence and coherence of stress, risk of depression, and depression among pregnant women

Soiy Anusornteerakul Ph.D.* Keingkeaw Sitthi M.N.S.**
Anchalee Ounkaew M.N.S.*** Suphaphak Hanklar M.Ed.*** Passaporn Mokarat M.N.S.***

Abstract

This descriptive research aimed to study the prevalence and coherence of stress, risk of depression and depression among 97 pregnant women who attended the first antenatal care at Phang Khon Hospital, Sakon Nakhon Province. A 5-question stress assessment (ST-5), a 2-question depression risk assessment (2Q), and a 9-question depression assessment form (9Q) were used. The data were analyzed by descriptive statistics and kappa test.

The results found that the majority of pregnant women (87.6%) had stress at mild level. Proportions of pregnant women who were at risk of depression and had depression were 10.3% and 9.3%, respectively. Stress assessment was neither consistent with the risk of depression nor depression with at statistically significant level of .05 (kappa=.022, *p*=.378; kappa=.094, *p*=.346, respectively). The depression risk assessment was not consistent with depression at statistically significant level of .05 (kappa=.001, *p*=.978).

It can be concluded that pregnant women should receive all mental

Health screening for stress, risk of depression, and depression; because these three types of assessments were not consistent. Counseling should be given if there were any abnormal assessment results. Referring to the responsible officers for further psychological and social care should also be sought.

keywords: stress; risk of depression; depression; pregnant women

Received 25 April 2022Revised 1 June 2022 Accepted 2 June 2022

***Associate professor, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus, Corresponding author, E-mail: soianu@kku.ac.th**

****Professional nurse, Phang Khon Hospital, Sakon Nakhon Province**

*****Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus**

บทนำ

ความเครียดในระยะตั้งครรภ์เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยและระดับความเครียดจะเพิ่มขึ้นตามอายุครรภ์ ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์พบว่าหญิงตั้งครรภ์มากกว่าร้อยละ 80 มีความเครียดตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงระดับสูง และความเครียดจะมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะใกล้คลอด[1] ความเครียดเป็นสัญญาณสำคัญที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า[2,3] โดยเฉพาะความเครียดที่ผิดปกติและรุนแรงจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า[4] ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มีความบกพร่องในการปฏิบัติตัว การปรับบทบาทและการปรับตัว ไม่สามารถดูแลตนเอง ส่งผลต่อทารกในครรภ์ และสูญเสียความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ[5,6,7] การประเมินความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้าหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์เป็นวิธีการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและเชื่อมโยงสู่การรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถลดความเสี่ยงของโรคซึมเศร้าได้[8] ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือในเบื้องต้น ทำให้เกิดบริการแบบองค์รวมที่ครอบคลุมมากขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และลดภาระค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วย เนื่องจากระดับความเครียดจะเพิ่มขึ้นตามอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้น[1,2,3] การประเมินสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์จึงควรศึกษาทั้งความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าไปด้วยกันตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์ และเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเครียดและมีภาวะซึมเศร้าได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตรวจสมุดฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์รายเก่าที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร จำนวน 20 คน พบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินสุขภาพจิตด้วยแบบประเมิน ST-5 และ 2Q เพียง 6 คน (30%) เท่านั้น ในจำนวนนี้ได้รับการประเมินเพียงครั้งเดียว และไม่ได้รับการประเมินในครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ด้วย จึงพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินความเครียด 5 คำถาม (ST-5) แบบประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ตามนโยบายของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับการประเมินสุขภาพจิตตามแบบประเมินความเครียด ST-5 แบบประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2Q ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ และหากพบว่าผลการประเมินใดก็ตามผิดปกติ ให้ทำการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ทุกครั้ง เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินสุขภาพจิตอย่างครอบคลุมและครบถ้วน ในแบบบันทึกการฝากครรภ์สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) การฝากครรภ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[9]

งานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ทำให้หญิงตั้งครรภ์ทั่ว ๆ ไป ขาดการประเมินทางด้านสุขภาพจิต ทั้งที่ความแปรปรวนทางด้านอารมณ์เกิดขึ้นได้กับหญิงตั้งครรภ์ทุกคน การประเมินสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่สังเกตจากอาการ พฤติกรรมและคำบอกเล่าเท่านั้น การศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบรายงานการประเมินสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ทั่วไปตามแบบประเมิน ST-5, 2Q และ 9Q ซึ่งพบเพียงรายงานการประเมินสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอดตามแบบประเมิน ST-5, 2Q และ 9Q เท่านั้น[10,11] และการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก 35 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบประเมิน ST-5 เท่านั้น[12] นอกจากนั้น เป็นการศึกษาความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานและใช้แบบประเมินการเผชิญความเครียด[13] การศึกษาภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ด้วยแบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)[14] และการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า center for epidemiologic studies depression scale (CES-D)

ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเท่านั้น[15] ผู้วิจัยจึงทำการศึกษานำร่องในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวน 30 คน ด้วยแบบประเมิน ST-5, 2Q และ 9Q พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความเครียดระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 6.7 ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 3.3 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 6.7 ซึ่งพบความชุกความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความเครียด ความเสี่ยงโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร ตามนโยบายของกรมอนามัย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับการดูแล เฝ้าระวัง และช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความชุกของความเครียด (ST-5) ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า (2Q) และภาวะซึมเศร้า (9Q) ของหญิงตั้งครรภ์

2. ศึกษาความสอดคล้องของผลการประเมินความเครียด (ST-5) ผลการประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึม (2Q) และผลการประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ของหญิงตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้การประเมินความเครียด ST-5 ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2Q และภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ 9Q ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ของกระทรวงสาธารณสุข[9] เพื่อประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2 สัปดาห์ หากการประเมินด้วยแบบประเมินความเครียด ST-5 พบว่ามีความเครียดควรได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2Q[8,16] และผู้ที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าตามแบบประเมิน 2Q จำเป็นต้องประเมินอีกครั้งด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q[8,17] แบบประเมิน ST-5, 2Q และ 9Q นี้ถูกนำมาใช้ในการประเมินสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ตามนโยบายในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[9,16,17,18]

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional data collection)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในโรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงพฤศจิกายน 2564 จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการศึกษานำร่องของผู้วิจัย ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก 30 คน ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ ไม่เคยฝากครรภ์ที่ใดมาก่อน ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เข้าใจภาษาไทยอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเวช ไม่มีประวัติภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในขณะตั้งครรภ์ ส่วนเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ หญิงตั้งครรภ์ขอถอนตัวจากการวิจัยภายหลังการตอบแบบประเมินแล้ว พบความชุกของความเครียด ร้อยละ 6.7 ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 3.3 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 6.7 โดยใช้สูตรของ Cochran[19] และระดับความเชื่อมั่นที่กำหนดร้อยละ 95 และกำหนดสัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดได้ ร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเมื่อใช้สัดส่วนความเครียดหรือสัดส่วนภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 97 คน และเมื่อใช้สัดส่วนความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า เท่ากับ

50 คน ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 97 คน เพื่อให้ครอบคลุมทั้ง 3 ตัวแปร ตามเกณฑ์กำหนดคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานำร่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

2. แบบประเมินความเครียด ST-5 พัฒนาโดยอรวรรณ ศิลปกิจ[16] มีคำถาม 5 ข้อ สามารถใช้ได้กับหญิงตั้งครรภ์ มาตราวัดแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ แทบไม่มีอาการหรือเกิดอาการเพียง 1 ครั้ง (0 คะแนน) เป็นบางครั้งหรือมีอาการมากกว่า 1 ครั้งแต่ไม่บ่อย (1 คะแนน) บ่อยครั้งหรือมีอาการเกิดขึ้นเกือบทุกวัน (2 คะแนน) และเป็นประจำมีอาการเกิดขึ้นทุกวัน (3 คะแนน) คะแนนรวมทั้งหมด 15 คะแนน การแปลผล แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ เครียดน้อย (0-4 คะแนน) เครียดปานกลาง (5-7 คะแนน) เครียดมาก (8-9 คะแนน) และเครียดมากที่สุด (10-15 คะแนน)[9,16]

3. แบบประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2Q พัฒนาโดยสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ[17] เป็นแบบคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มีคำถาม 2 ข้อ มีค่าความไว (sensitivity) 96.5% และมีค่าความจำเพาะ (specificity) สูงถึง 85.1% มีคำถาม 2 ข้อ เลือกตอบ มี หรือ ไม่มี การแปลผล ถ้าตอบ ไม่มี ทั้ง 2 ข้อ แสดงว่าปกติ ไม่พบความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ถ้าตอบว่า มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ แสดงว่ามีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า[9,17]

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q พัฒนาโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ[18] เป็นเครื่องมือประเมินที่จำแนกความรุนแรงของโรคซึมเศร้า มีคำถาม 9 ข้อ มีค่าความไว 75.68% และความจำเพาะ 93.37% มีความแม่นตรงในการวัดค่อนข้างสูง ใช้เวลาน้อยเหมาะสำหรับประเมินภาวะซึมเศร้าหญิงตั้งครรภ์ มาตราวัดแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีอาการเลย (0 คะแนน) มีอาการ 1-7 ครั้ง (1 คะแนน) มีอาการเกิดขึ้นมากกว่า 7 ครั้ง (2 คะแนน) มีอาการเกิดขึ้นทุกวัน (3 คะแนน) คะแนนรวมทั้งหมด 27 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีระดับน้อยมาก (<7 คะแนน) ระดับน้อย (7-12 คะแนน) ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) และระดับมากหรือรุนแรง (≥19 คะแนน)[9,18]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะเดียวกัน จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ แบบประเมินความเครียด ST-5 0.74 แบบประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2Q 0.78 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติทดสอบ kappa test

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการอนุมัติเข้าเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลแล้ว ประสานงานกับแผนกฝากครรภ์ เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์กลุ่มตัวอย่างที่กำหนดและให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการเข้าร่วมวิจัย การรักษาความลับ การนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และการทำลายข้อมูลหลังสิ้นสุดการวิจัยแล้ว ตลอดจนสิทธิ์ในการถอนตัวออกจากการวิจัย ในกรณีหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 18 ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง โดยให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบประเมินด้วยตนเอง (self-report questionnaire) โดยเก็บข้อมูลต่อเนื่องกันตามแบบประเมิน ST-5, 2Q และ 9Q ตามลำดับในครั้งเดียว

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

วิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN REC 2021-008 รับรองเมื่อวันที่ 26 เมษายน 2564 และได้รับความยินยอมให้เข้าศึกษาวิจัยจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 97 คน มีอายุตั้งแต่ 15-42 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-29 ปี ร้อยละ 39.2 อายุเฉลี่ย 25.09±5.79 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานหรือเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 55.7 การศึกษาสูงสุดระดับมัธยมตอนปลายหรือ ปวช/ปวส. ร้อยละ 38.1 ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 91.4 ความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 94.6 ฐานะทางการเงินของครอบครัวมีเพียงพอ ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 86.6 เป็นครรภ์แรกและครรภ์หลังใกล้เคียงกัน ร้อยละ 48.5 และ 51.5 ตามลำดับ ฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์ระหว่าง 6-23 สัปดาห์ อายุครรภ์เฉลี่ย 10.7±4.5 ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ครั้งแรก ≤12 สัปดาห์ ร้อยละ 69.1 มีความตั้งใจและมีความพร้อมในการตั้งครรภ์ ร้อยละ 76.3 ที่เหลือ ร้อยละ 23.7 ไม่ตั้งใจแต่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์

ความชุกของความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่างทุกคนทำแบบประเมิน ST-5, 2Q และ 9Q สมบูรณ์ครบถ้วน การประเมินด้วยแบบประเมิน ST-5 พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 87.6 มีความเครียดระดับปานกลางถึงระดับมาก ร้อยละ 12.4 และไม่มีความเครียดระดับมากที่สุด การคัดกรองความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q ส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 89.7 โดยมีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 10.3 ส่วนการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 90.7 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงระดับปานกลาง ร้อยละ 9.3 โดยไม่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความชุกของความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์

ภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์	จำนวน (n = 97)	ร้อยละ
ระดับความเครียด ST-5		
เครียดน้อย (0-4 คะแนน)	85	87.6
เครียดปานกลางถึงมาก (5-9 คะแนน)	12	12.4
ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2Q		
ไม่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า	87	89.7
มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า	10	10.3
ภาวะซึมเศร้า 9Q		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (<7 คะแนน)	88	90.7
มีภาวะซึมเศร้าน้อยถึงระดับปานกลาง (7-18 คะแนน)	9	9.3

ความสอดคล้องของผลการประเมินความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์

ความสอดคล้องของการประเมินความเครียดด้วยแบบประเมิน ST-5 และแบบประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2Q พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเครียดน้อย 85 คน มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้า 7 คน (ร้อยละ 8.2) เท่ากัน ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเครียดระดับปานกลางถึงระดับมาก 12 คน มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 3 คน (ร้อยละ 25.0) และมีภาวะซึมเศร้า 2 คน (ร้อยละ 16.7) แสดงว่าการประเมินความเครียด ST-5 ประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติทางสุขภาพจิต ได้ตรงกับการประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2Q ร้อยละ 25.0 และประเมินได้ตรงกับการประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ร้อยละ 16.7 (ตารางที่ 2) เมื่อทดสอบความสอดคล้องด้วยสถิติ kappa พบว่าผลการประเมินความเครียดด้วยแบบประเมิน ST-5 ไม่มีความสอดคล้องกับผลการประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2Q และผลการประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (kappa=.022, p=.378; kappa=.094, p=.346 ตามลำดับ) (ตารางที่ 3) ความสอดคล้องของผลการประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2Q และการประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 10 คน เมื่อประเมินต่อด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่ามีเพียง 1 คน (ร้อยละ 10.0) เท่านั้น ที่มีภาวะซึมเศร้า ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 87 คน มีภาวะซึมเศร้าถึง 8 คน (ร้อยละ 9.2) แสดงว่าการประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2Q ประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติทางสุขภาพจิตได้ตรงกับการประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q เพียงร้อยละ 10.0 (ตารางที่ 2) เมื่อทดสอบความสอดคล้องด้วยสถิติ kappa พบว่าผลการประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2Q ไม่มีความสอดคล้องกับผลการประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (kappa=.001, p=.978) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินสุขภาพจิตหญิงของตั้งครรภ์ด้วยแบบประเมิน ST-5, 2Q และ 9Q (n=97)

การประเมินสุขภาพจิต	การประเมินด้วย 2Q		รวม	การประเมินด้วย 9Q		รวม
	ไม่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า	มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า		ไม่มีภาวะซึมเศร้า	มีภาวะซึมเศร้า	
การประเมินด้วย ST-5						
เครียดน้อย	78 (91.8)	7 (8.2)	85 (100)	78 (91.8)	7 (8.2)	85 (100)
เครียดปานกลางถึงมาก	9 (75.0)	3 (25.0)	12 (100)	10 (83.3)	2 (16.7)	12 (100)
รวม	87 (89.7)	10 (10.3)	97 (100)	88 (90.7)	9 (9.3)	97 (100)
การประเมินด้วย 2Q						
ไม่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า				79 (90.8)	8 (9.2)	87 (100)
มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า				9 (90.0)	1 (10.0)	10 (100)
รวม				88 (90.7)	9 (9.3)	97 (100)

ตารางที่ 3 การทดสอบความสอดคล้องของผลการประเมินหญิงตั้งครรภ์ด้วยแบบประเมิน ST-5, 2Q และ 9Q ด้วย kappa test

	Kappa	SE	Approximate T	P-value
ST-5 - 2Q	.022	.025	.881	.378
ST-5 -9Q	.094	.124	.942	.346
2Q -9Q	.001	.026	.027	.978

การอภิปรายผล

หญิงตั้งครรภ์มีความเครียดระดับน้อยเป็นส่วนใหญ่ เป็นระดับที่ไม่ก่อให้เกิดปัญหากับหญิงตั้งครรภ์ ยังสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ สามารถปรับตัวและปรับบทบาทต่อการตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม หญิงตั้งครรภ์มีความเครียดระดับปานกลางถึงระดับมาก ร้อยละ 12.4 เป็นระดับที่สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด มีความไม่สบายใจ ซึ่งต้องใช้เวลาในการปรับตัวหรือแก้ปัญหา ซึ่งควรได้รับคำปรึกษาหรือคำแนะนำในเรื่องการผ่อนคลาย เพื่อระบายหรือคลายความเครียด แต่ไม่พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเครียดระดับมากที่ต้องได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดและหาแนวทางแก้ไข หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไปต้องประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2Q ต่อไป[8] ความชุกของความเครียดในการศึกษาครั้งนี้น้อยกว่าการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก อายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 3 ที่พบความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ในระดับปานกลางถึงระดับมาก ร้อยละ 54.3[12] ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีความตั้งใจและมีความพร้อมในการตั้งครรภ์ถึง ร้อยละ 76.3 อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเฉลี่ย 10.7±4.5 สัปดาห์ ซึ่งอยู่ในไตรมาสที่ 1 และ 2 ส่วนใหญ่อยู่ในไตรมาสที่ 1 จึงพบความชุกของความเครียดต่ำกว่า เนื่องจากระดับความเครียดจะเพิ่มขึ้นตามอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้น และความเครียดจะมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะใกล้คลอด[1,2,3]

การประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2Q พบร้อยละ 10.3 ซึ่งพบน้อยกว่าการใช้แบบประเมิน EPDS ที่พบความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 24.6 ส่วนการประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ของหญิงตั้งครรภ์มีระดับน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 9.3 ซึ่งพบมากกว่าการใช้แบบประเมิน EPDS ที่พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 4.0[14] ทั้งนี้ เนื่องจากการใช้แบบประเมินที่แตกต่างกัน ลักษณะคำถามและเกณฑ์ในการประเมินแตกต่างกัน แบบประเมิน 2Q มีข้อคำถาม 2 ข้อ ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ซึ่งหากพบว่ามีความผิดปกติในข้อใดข้อหนึ่งถือว่ามีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ต้องประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q ต่อไป[9,17] แบบประเมิน 9Q มีข้อคำถาม 9 ข้อ ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า มีการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ[9,18] แบบประเมิน 2Q และแบบประเมิน 9Q พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด[17,18] ส่วนแบบประเมิน EPDS มีข้อคำถาม 10 ข้อ ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด ไม่สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ แต่ใช้จุดตัดของคะแนนเป็นเกณฑ์ในการตัดสินภาวะซึมเศร้า แบบประเมิน EPDS พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในมารดาหลังคลอด[20] จึงไม่เหมาะในการนำมาใช้ในหญิงตั้งครรภ์ นอกจากนั้น กลุ่มตัวอย่างและช่วงเวลาในการประเมินที่แตกต่างกันด้วย[14-15]

ผลการประเมินความเครียด ST-5 ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2Q และภาวะซึมเศร้า 9Q ไม่มีความสอดคล้องกันทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าแม้หญิงตั้งครรภ์จะไม่มีความเครียดหรือมีความเครียดระดับน้อย ก็พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าและมีโอกาสมีภาวะซึมเศร้า ในทำนองเดียวกันหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าก็มีโอกาสมีภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งนี้ เนื่องจากแบบสอบถามทั้ง 3 ชนิด มีวัตถุประสงค์ในการประเมิน ลักษณะคำถามและเกณฑ์ในการประเมินที่แตกต่างกัน ดังที่กล่าวมาแล้ว ทำให้การประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติทางสุขภาพจิตได้ตรงกันค่อยข้างน้อยมากและไม่มีความสอดคล้องกัน ดังนั้น ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์จึงควรประเมินความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้าไปพร้อมกันทุกคน เนื่องจากแบบสอบถามทั้ง 3 ชนิดไม่มีความสอดคล้องกันเมื่อผลการประเมินด้วยแบบประเมินใดก็ตามที่ผิดปกติ ควรได้รับการให้คำปรึกษา และส่งต่อเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อรับการดูแลทางด้านจิตใจและสังคมต่อไป[8] แม้นโยบายของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขจะให้ประเมินความเครียด ST-5 และความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2Q ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ และประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q เมื่อผลการประเมินความเครียด ST-5 หรือความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2Q ผิดปกติเท่านั้นก็ตาม[9]

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ตามนโยบายของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ให้ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q เมื่อผลการประเมินความเครียด ST-5 หรือความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2Q ผิดปกติเท่านั้น แต่จากผลการวิจัยพบว่าการประเมินสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ด้วยแบบประเมิน ST-5, 2Q และ 9Q ไม่มีความสอดคล้องกัน ดังนั้น ในการประเมินสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์จึงควรประเมินด้วยแบบประเมินทั้ง 3 ชนิดไปพร้อมกัน หากมีความผิดปกติหรือมีความเสี่ยงในแบบประเมินใดก็ตาม ควรให้คำแนะนำ คำปรึกษา หรือส่งพบแพทย์ตามความเหมาะสม

2. จากการวิจัยนี้พบความชุกความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าหญิงตั้งครรภ์ได้มากในการฝากครรภ์ครั้งแรกและในไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ทุกคน ควรได้รับการประเมินสุขภาพจิตด้วยแบบประเมิน ST-5, 2Q และ 9Q ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความเครียด (ST-5) ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า (2Q) และภาวะซึมเศร้าหญิงตั้งครรภ์(9Q) ในหญิงตั้งครรภ์เฉพาะกลุ่มที่ยังไม่มีการศึกษา เช่น หญิงตั้งครรภ์แรก หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบความเครียด (ST-5) ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า (2Q) และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (9Q) ระหว่างหญิงตั้งครรภ์แรก-ครรภ์หลัง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น-หญิงตั้งครรภ์อายุมาก

References

1. Lowdermilk D, Perry S, Cashion K. Maternal and women's health care. 10th ed. USA: Elsevier; 2012.
2. Kiruthiga V. Emotive whims distressing pregnant women. Int J Eng Technol 2017; 4(8):2194-6.
3. Shahhousseini Z, Pourasghar M, Khalilian A, Salehi F. A review of the effects of anxiety during pregnancy on children's health. J Int Med Sci Acad 2015;27(3):200-2.
4. Drake E, White MS. Postpartum adaptations and nursing care. In: Murray S, Mckinney E, Holub KS, Jones R, editors. Foundations

of maternal-newborn and women's health nursing. 7th ed. St. Louis Missouri: Elsevier;2019.p.458-64.

5. Gulamani SS, Premji SS, Kanji Z, Azam ZI. A review of postpartum depression, preterm birth, and culture. J Perinat Neonatal Nurs 2013;27(1):52-9.
6. Tahirkheli NN, Cherry AS, Tackett AP, McCaffree MA, Gillaspy SR. Postpartum depression on the neonatal intensive care unit: Current perspectives. Int J Women's Health 2014;24(6): 975-87.
7. Sriarporn P, Soonthornlimsiri N, Chantrathit K, Deluea J, Nanchai J, Khiekha P. Factors associated with depression after the birth of the mother and father with the first child. Nursing J 2015;42(3):37-50. (in Thai)
8. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for using of mental health tools for public health personnel in community hospitals. Nonthaburi: Office of Mental Health Promotion and Development, Department of Mental Health; 2015. (in Thai)
9. Department of Health, Ministry of Public Health. Maternal and child health diary. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
10. Phumek S, Kovavisarat E, Kuanphakul M, Sangpitak W. Factors predicting depression of postpartum mothers who come to Rajavithi Hospital. J Nurs Healthc Res 2019;35(3):158-70. (in Thai)
11. Anusornteerakul S, Ounkaew A, Hanklar S, Sitthi K, Booranasun T. The study of mental health and adaptation among postpartum mothers. Research report. Udonthani: Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus; 2021. (in Thai)
12. Seatang O, Kaewjiboon J, Rueankul T. Stress and factors related to stress among elderly pregnancy.JNHR 2021;22(3):71-83. (in Thai)
13. Prechakornkanokkul P, Wattananukulkiat S, Phanphruk W. Stress and coping of industrial pregnant women in the Suranaree industrial zone, Nakhon Ratchasima Province. Journal of Nursing Science & Health 2012;35(2):53-61. (in Thai)
14. Bootchaingam P, Gongjan S. Prevalence of perinatal depression in LomKao Crown Prince Hospital. Mahasarakham Hospital Journal 2018;15(3):93-102. (in Thai)
15. Wongniyom K, Apinuntavech S. The prevalence and associated factors of depression in teenage pregnancy at Siriraj Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand 2014;59(3):195-205. (in Thai)
16. Silpakit O. Srithanya's stress measurement form. J Ment Health Thail 2008;16(3): 177-85. (in Thai)
17. Arunpongpaisan S, Kongsuk T, Maneeton N, Maneeton B, Wannasawak K, Leechongpermpoon J, et al. Development and validity of the 2-questions type depressive disorder screening in Isaan Thai communities. J Psychiatr Assoc Thailand 2007; 52(2): 138-48. (in Thai)
18. Kongsuk T, Arunpongpaisan S, Chanthong S, Pruekkanon B, Sukhaw S, Leechongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai

central dialect. J Psychiatr Assoc Thailand 2018; 63(4):321-34. (in Thai)

19. Cochran WC. Sampling techniques. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 1973.

20. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987;150:782-6.