

ภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวของมารดาหลังผ่าตัดคลอดและมารดาหลังคลอดปกติ

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล ศศ.ด. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

อัญชลี อ้วนแก้ว พย.ม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

สุภาพัทตร์ หาญกล้า ศษ.ม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

กิ่งแก้ว สิทธิ พย.ม. พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร

ธรรมวรรณ บุรณสรณ์ พย.บ. พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวของมารดาหลังผ่าตัดคลอดและมารดาหลังคลอดปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอด 55 คน และมารดาหลังคลอดปกติ 74 คน หลังคลอดได้ 48-72 ชั่วโมง ที่โรงพยาบาลหนองหานและโรงพยาบาลพังโคน เครื่องมือในการวิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) และแบบประเมินการปรับตัวต่อการเป็นมารดา (clinical tool for assessing adaptation to motherhood) โดยให้มารดาหลังคลอดตอบแบบประเมินด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ Chi-square test

ผลการวิจัยพบภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังผ่าตัดคลอดร้อยละ 9.1 และมารดาหลังคลอดปกติร้อยละ 8.1 สัดส่วนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดโดยรวมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดและหลังคลอดปกติ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.1 และ 58.1 ตามลำดับ การปรับตัวด้านการรับรู้การเป็นมารดาเป็นภาวะวิกฤต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 49.1 และ 51.4 ตามลำดับ การปรับตัวด้านความรู้สึกต่อการพัฒนาตนเองในภาวะวิกฤต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 72.7 และ 74.3 ตามลำดับ การปรับตัวด้านความสามารถเข้าใจและแสดงบทบาทการเป็นมารดา ส่วนใหญ่ปรับตัวในระดับปานกลางร้อยละ 60.0 และ 50.0 ตามลำดับ ระดับการปรับตัวของมารดาทั้ง 2 กลุ่มโดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน ไม่มีความแตกต่างทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

สรุปได้ว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดและมารดาหลังคลอดปกติ มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวหลังคลอดไม่แตกต่างกัน ดังนั้น การดูแลมารดาหลังคลอดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจึงต้องให้ความสำคัญทุกคนไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด, การปรับตัวหลังคลอด, มารดาหลังคลอด, ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง, คลอดปกติ

Postpartum Depression and Maternal Adaptation among Postpartum Women with Caesarean Section and Normal Labor

Soiy Anusornteerakul, Ph.D., Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus

Anchalee Ounkaew, M.N.S. Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus

Suphaphak Harnklar, M.Ed., Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus

Kingkaew Sitthi, M.N.S., Professional nurse, Phangkhon Hospital, SakonNakhon Province

Thammawan Booranasun, B.N.S., Professional nurse, Nonghan Hospital, Udonthani Province

Abstract

This descriptive research aimed to study the prevalence of postpartum depression and adaptation among postpartum mothers with cesarean section (C/S) and normal labor (NL). The sample consisted of 55 postpartum mothers with C/S, and 74 postpartum mothers with NL during 48-72 hours postpartum in Nonghan and Phangkhon Hospital. The study tools used the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the clinical tool for assessing adaptation to motherhood by self-report assessment. The data was analyzed with descriptive statistics, and analytical statistics Chi-square test.

The results showed that depression among postpartum mothers with C/S was 9.1%, and postpartum mothers with NL was 8.1%, these proportion of postpartum depression had no statistically different at the level of 0.05. The overall postpartum motherhood role adaptation in C/S and NL groups mostly were at moderate level 69.1% and 58.1%, respectively. The crisis adaptation in maternal perception most were at a high level, 49.1% and 51.4%, respectively. The crisis adaptation in self-development perception most were at moderate level, 72.7% and 74.3%, respectively. The adaptation in the ability to understand and play the role of motherhood mostly were at a moderate level, 60.0% and 50.0%, respectively. The level of maternal adaptation in both groups overall and in all three aspects had no statistically significance.

In conclusion, there was no difference in the likelihood of depression and postpartum adaptation among postpartum mothers with C/S, and NL. Therefore, care for all postpartum mothers, both physically and mentally should be carefully approach to everyone.

Keywords: postpartum depression, postpartum adaptation, postpartum mother, caesarean section, normal labor.

บทนำ

ความแปรปรวนทางด้านอารมณ์เกิดขึ้นได้กับหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดทุกคน การประเมินสุขภาพจิตมักจะเน้นที่หญิงตั้งครรภ์ ส่วนในมารดาหลังคลอดจะไม่ได้รับการประเมินสุขภาพจิต ส่วนใหญ่สังเกตจากอาการและพฤติกรรมเท่านั้น มารดาหลังคลอดต้องปรับสภาพร่างกายให้กลับฟื้นคืนสู่สภาพเดิม โดยเฉพาะมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด การเปลี่ยนแปลงร่างกายจิตใจและสังคมของมารดาหลังคลอดเป็นช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของชีวิต และมีผลต่อการพัฒนาบทบาทตนเองเข้าสู่การเป็นมารดาหลังคลอด มารดาหลังคลอดต้องมีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับความคาดหวังของตนเอง ครอบครัว และสังคม ส่งผลให้มารดาหลังคลอดต้องการการปรับตัวหลังคลอดสูง¹⁻² ถ้าปรับตัวไม่ได้หรือปรับตัวไม่เหมาะสม จึงอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด³ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิต มารดาจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ⁴ มีโอกาสเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะหลังคลอดมากกว่ามารดาทั่วไป⁵ และเพิ่มภาระแก่ครอบครัว เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแล อาจทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวมากขึ้น ดังนั้น การประเมินภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวหลังคลอดจึงมีความสำคัญในการป้องกันและช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ จากการศึกษาในประเทศไทย พบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2558 พบร้อยละ 9.8⁶ ในปี 2559 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.4⁷ และในปี 2560 เพิ่มขึ้นอีกเป็นร้อยละ 18.8⁸ วันชัย กิตติโชติวัฒน์⁹ ได้สำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลแก่งคอยภายใน 72 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 80 คน โดยใช้แบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดถึงร้อยละ 13.8

อัตราการผ่าตัดคลอดทั่วโลกพบร้อยละ 28.6¹⁰ ซึ่งสูงกว่าอัตราการผ่าตัดคลอดที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 15 รวมถึงอัตราการผ่าตัดคลอดในประเทศไทยด้วย¹¹ การศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน โดยใช้แบบประเมิน EPDS หลังคลอด 4-8 สัปดาห์ พบอัตราภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 20.2¹² การศึกษาในมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติ

ศาสตร์ โดยใช้แบบประเมิน EPDS เช่นเดียวกัน พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ 1 สัปดาห์หลังคลอด ร้อยละ 13.7 และ 6 สัปดาห์หลังคลอดร้อยละ 6.1¹³ การศึกษาประสบการณ์คลอดระหว่างการคลอดชนิดต่างๆ พบว่าการคลอดปกติทางช่องคลอดมีความเจ็บปวดใน 3 วันแรกน้อยกว่าการผ่าตัดคลอด¹⁴ การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดปกติและมารดาหลังผ่าตัดคลอด ในวันที่ 2 หลังคลอด และ 6 สัปดาห์หลังคลอด พบว่ามารดาหลังคลอดคลอดมีคะแนนคุณภาพชีวิตภาพรวมและรายด้านดีกว่าการผ่าตัดคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹⁵

การศึกษาค้นคว้านี้มีความต้องการศึกษาภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวของมารดาหลังคลอดได้ 48-72 ชั่วโมง โดยทำแบบประเมินย้อนหลัง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ในโรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร และโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ที่ต้องการพัฒนาระบบการดูแลมารดาหลังคลอดและที่ผ่านมายังไม่พบว่ามี การประเมินสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และยังไม่มียุทธศาสตร์การคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ดังนั้น การศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวของมารดาหลังคลอดก่อนจำหน่ายกลับบ้านครั้งนี้จะเป็นข้อมูลในการจัดระบบการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และช่วยให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแล และการช่วยเหลือได้ถูกต้องและรวดเร็วขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดและมารดาหลังคลอดปกติ
2. เพื่อศึกษาระดับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาหลังผ่าตัดคลอดและมารดาหลังคลอดปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวหลังคลอดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดและมารดาหลังคลอดปกติ

นิยามศัพท์

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย ท้อแท้ เชื่องซึม หมดหวัง ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดด้วยแบบประเมิน EPDS¹⁶ ที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการประเมิน

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยเฉพาะ แบบประเมิน EPDs เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด¹⁷ ถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยและได้รับการแปลกลับที่สมบูรณ์จนไม่มีความแตกต่างของคะแนน EPDs ระหว่าง English-Thai version เมื่อนำไปทดสอบในมารดาหลังคลอดที่สามารถอ่านภาษาไทยและภาษาอังกฤษได้ค่าคงที่ภายใน (internal consistency) 0.8 มีผู้นำแบบประเมินนี้ไปใช้และพิจารณาจุดตัดของคะแนนที่เหมาะสมสำหรับมารดาหลังคลอดคนไทยพบว่า 11 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความซึมเศร้าหลังคลอด และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบัก (Cronbach' s alpha coefficient) อยู่ระหว่าง 0.73-0.87^{9,18-19}

การปรับตัวต่อการเป็นมารดาหลังคลอด หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และความเชื่อในการรับรู้ต่อการเป็นมารดา และพฤติกรรมของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์และสังคม โดยใช้แบบประเมินการปรับตัวต่อการเป็นมารดา (clinical tool for assessing adaptation to motherhood)²⁰ เครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับภาวะวิกฤตและทฤษฎีบทบาทเกี่ยวกับการทำบทบาทของมารดาครอบคลุม 3 ประเด็น คือ 1) การรับรู้ต่อการเป็นมารดาเป็นภาวะวิกฤต ความสามารถและกลไกการปรับตัวของมารดา 2) ความรู้สึกต่อพัฒนาการตนเอง การยอมรับตนเองและผู้อื่น และ 3) ความสามารถเข้าใจในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งครอบคลุมแนวคิดการปรับตัวต่อการเป็นมารดาทั้งด้านร่างกาย จิตใจและพัฒนาการ แบบประเมินนี้ถูกนำไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ โดยนำไปหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ตรวจสอบและนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอด ได้ค่าความเชื่อมั่นของการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา เท่ากับ 0.95 และนำไปใช้ในมารดาหลังคลอดในระยะ 6-8 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบัก เท่ากับ 0.80 แบบสอบถามนี้แบ่งระดับการปรับตัวออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง²¹

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (cross sectional collection data) ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดและมารดาหลังคลอดปกติ 48-72 ชั่วโมง ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร และโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตร Cochran²² โดยมีสัดส่วนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ประเมินภายใน 72 ชั่วโมงหลังคลอด ด้วยแบบประเมิน EPDs เท่ากับร้อยละ 13.8⁹ ระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 และกำหนดสัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 129 คน เป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอด (cesarean section: C/S) 55 คน มารดาหลังคลอดปกติ (normal labor: NL) 74 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดต้องยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เข้าใจภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้ ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเวช ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด ทารกแรกเกิดไม่มีความผิดปกติและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอด ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ลำดับการตั้งครรภ์ ความพร้อมตั้งครรภ์ การฝากครรภ์

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด EPDS ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้คือ ข้อคำถามด้านบวก ไม่มีเลย 0 คะแนน เกือบจะไม่มี 1 คะแนน มีบางเวลา 2 คะแนน และมีบ่อยมาก 3 คะแนน ข้อคำถามด้านลบ ไม่มีเลย 3 คะแนน เกือบจะไม่มี 2 คะแนน มีบางเวลา 1 คะแนน และมีบ่อยมาก 0 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน ใช้จุดตัดที่ 11 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด^{9,18-19}

3. แบบประเมินการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอด ดัดแปลงจากแบบประเมินการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดของ Sheehan²⁰ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 40 ข้อ โดยประยุกต์แบบสอบถามการปรับตัวของอัจฉราวดี ศรียะศักดิ์²¹ ครอบคลุมใน 3 ประเด็น คือ ประเด็นที่ 1 การรับรู้การเป็นมารดาเป็นภาวะวิกฤต จำนวน 10 ข้อ ประเด็นที่ 2 ความรู้สึกของมารดาต่อระดับการพัฒนาตนเองในภาวะ

วิกฤต จำนวน 14 ข้อ และประเด็นที่ 3 ความสามารถเข้าใจและแสดงบทบาทการเป็นมารดา จำนวน 16 ข้อ แบบวัดนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ระดับ 1 หมายถึง ไม่เป็นความจริงเลย ระดับ 2 หมายถึง เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย ระดับ 3 หมายถึง เป็นความจริงเป็นส่วนมาก และระดับ 4 หมายถึง เป็นความจริงมากที่สุด คะแนนรวมแต่ละประเด็นและทั้งฉบับ ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแบ่งระดับการเรียนรู้ของ Bloom²³ ดังนี้คือ คะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาอยู่ในระดับต่ำ คะแนนรวมร้อยละ 60-79 หมายถึง การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกันจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบักของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า EPDS = 0.77 และแบบประเมินการปรับตัว = 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ใช้ ไคสแควร์ (Chi-square test) กำหนดค่านัยสำคัญที่ 0.05

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงหลังคลอด 48-72 ชั่วโมง และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในกรณีที่มีมารดาหลังคลอดมีอายุน้อยกว่า 18 ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง หากผู้ปกครองไม่ได้มาด้วย ได้แนะนำมารดาหลังคลอดปรึกษากับผู้ปกครองก่อน และเก็บข้อมูลในวันถัดไป โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง (self-report questionnaire) และผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร รหัสโครงการ 029

2564 เลขที่ SKN REC 2021-008 ลงวันที่รับรอง 26 เมษายน 2564

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 129 คน เป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดจำนวน 55 คน มารดาหลังคลอดปกติจำนวน 74 คน มารดาหลังผ่าตัดคลอด (C/S) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-24 ปี (ร้อยละ 32.7) เป็นการคลอดครั้งที่ 2 ขึ้นไป (ร้อยละ 52.7) เป็นแม่บ้านหรือไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 47.3) จบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. หรือ ปวส. (ร้อยละ 43.6) มีเงินเพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 83.6) มีความพร้อมในการตั้งครุฑ (ร้อยละ 69.1) ความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่กันดี (ร้อยละ 90.9) สถานภาพสมรสคู่ทั้งหมด (ร้อยละ 100) อยู่ด้วยกันกับสามี (ร้อยละ 85.5) และฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 67.3) ส่วนมารดาหลังคลอดแบบปกติ (NL) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 24-29 ปี (ร้อยละ 43.2) เป็นการคลอดครั้งที่ 2 ขึ้นไป (ร้อยละ 56.8) อาชีพส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านหรือไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 50.0) ระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 33.8) ฐานะทางเศรษฐกิจมีเงินเพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 90.5) มีความพร้อมในการตั้งครุฑ (ร้อยละ 86.5) ความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่กันดี (ร้อยละ 97.3) สถานภาพสมรสคู่ทั้งหมด (ร้อยละ 100) อยู่ด้วยกันกับสามี (ร้อยละ 95.9) และฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 71.6)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดประเมินด้วยแบบประเมิน EPDS พบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดมีภาวะซึมเศร้า 5 คน (ร้อยละ 9.1) มารดาหลังคลอดปกติมีภาวะซึมเศร้า 6 คน (ร้อยละ 8.1) มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีสัดส่วนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาหลังคลอดปกติเล็กน้อย แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.543$, $95\%CI=0.255-3.054$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวหลังคลอดแยกตามการผ่าตัดคลอดและการคลอดปกติ (N=129)

ภาวะซึมเศร้า หลังคลอด	ผ่าตัดคลอด (n=55)	คลอดปกติ (n=74)	การทดสอบทางสถิติ		95% CI (confident interval)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	Chi-square test	P-value	Lower	upper
ไม่มี (< 11คะแนน)	50 (90.9)	68 (91.9)	0.039 ^F	0.543	0.255	3.054
มี (≥11คะแนน)	5 (9.1)	6 (8.1)				

F = fisher test

การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดและมารดาหลังคลอดปกติ รายด้านทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้การเป็นมารดาเป็นภาวะวิกฤต ด้านความรู้สึกต่อระดับการพัฒนาตนเองในภาวะวิกฤต และด้านความสามารถเข้าใจและแสดงบทบาทการเป็นมารดา พบว่ามารดาหลังคลอดทั้ง 2 กลุ่มมีสัดส่วนระดับการปรับตัวคล้ายคลึงกัน ด้านการรับรู้การเป็นมารดาเป็นภาวะวิกฤต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 49.1 และ 51.4 ปรับตัวได้ในระดับต่ำ ร้อยละ 10.9 และ 8.1 ตามลำดับ ด้านความรู้สึกต่อระดับการพัฒนาตนเองในภาวะวิกฤต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.7 และ 74.3 ปรับตัวได้ในระดับต่ำ ร้อยละ 16.4 และ 16.2 ตามลำดับ และด้านความสามารถเข้าใจและแสดงบทบาทการเป็นมารดา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ

60.0 และ 50.0 และอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 12.7 และ 9.5 ตามลำดับ สัดส่วนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา รายด้านแต่ละด้านในระดับต่ำของมารดาหลังผ่าตัดคลอดมากกว่ามารดาหลังคลอดปกติเล็กน้อย แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดโดยรวม พบว่ามารดาหลังคลอดทั้ง 2 กลุ่มมีระดับการปรับตัวหลังคลอดตั้งแต่ระดับต่ำถึงระดับสูง ส่วนใหญ่ปรับตัวได้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.1 และ 58.1 ปรับตัวได้ในระดับต่ำ ร้อยละ 12.7 และ 10.8 ตามลำดับ สัดส่วนระดับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดภาพรวมในระดับต่ำของมารดาหลังผ่าตัดคลอดมากกว่ามารดาหลังคลอดปกติ แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดแยกตามการผ่าตัดคลอดและการคลอดปกติ (N=129)

การปรับตัวหลังคลอด	ผ่าตัดคลอด (n=55)	คลอดปกติ (n=74)	การทดสอบทางสถิติ	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	Chi-square test	p-value
การปรับตัวรายด้านการรับรู้เป็นมารดาเป็นภาวะวิกฤต			0.300	0.861
ระดับต่ำ (10-24 คะแนน)	6 (10.9)	6 (8.1)		
ระดับปานกลาง (25-31 คะแนน)	22 (40.0)	30 (40.5)		
ระดับสูง (32-40 คะแนน)	27 (49.1)	38 (51.4)		
ความรู้สึกต่อระดับการพัฒนาตนเองในภาวะวิกฤต			0.077	0.962
ระดับต่ำ (14-33.6 คะแนน)	9 (16.4)	12 (16.2)		
ระดับปานกลาง (37.7- 44.7คะแนน)	40 (72.7)	55 (74.3)		
ระดับสูง (44.8-56 คะแนน)	6 (10.9)	7 (9.5)		
ความสามารถเข้าใจและแสดงบทบาทการเป็นมารดา			2.484	0.289
ระดับต่ำ (16-38.4 คะแนน)	7 (12.7)	7 (9.5)		
ระดับปานกลาง (38.5 -51.1 คะแนน)	33 (60.0)	37 (50.0)		
ระดับสูง (51.2-64 คะแนน)	15 (27.3)	30 (40.5)		

ตารางที่ 2 การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดแยกตามการผ่าตัดคลอดและการคลอดปกติ (ต่อ)

การปรับตัวหลังคลอด	ผ่าตัดคลอด (n=55)	คลอดปกติ (n=74)	การทดสอบทางสถิติ	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	Chi-square test	p-value
การปรับตัวหลังคลอดการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาภาพรวม				
ระดับต่ำ (40-95 คะแนน)	7 (12.7)	8 (10.8)	3.786	0.151
ระดับปานกลาง (96-127 คะแนน)	38 (69.1)	43 (58.1)		
ระดับสูง (128-160 คะแนน)	10 (18.2)	23 (31.1)		

อภิปรายผล

การประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดด้วยแบบประเมิน EPDS พบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.1 มารดาหลังคลอดปกติมีร้อยละ 8.1 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของวันชัย กิตติโชติวัฒน์⁹ ที่ประเมินด้วยแบบประเมิน EPDS พบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดภายใน 72 ชั่วโมงถึงร้อยละ 13.8 และต่ำกว่าการศึกษาของกุสมล แสนบุญมา และคณะ¹² ซึ่งศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน หลังคลอด 4-6 ชั่วโมงด้วยแบบประเมิน EPDS พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดถึงร้อยละ 20.2¹² และการศึกษาของกัลพร ยงดี และชุตินา หุ่มเรืองวงษ์¹³ ในมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ ในช่วง 1 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์หลังคลอด โดยใช้แบบประเมิน EPDs เช่นเดียวกัน พบอัตราภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ 1 สัปดาห์หลังคลอด ร้อยละ 13.7 และ 6 สัปดาห์หลังคลอด ร้อยละ 6.1¹³ ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในมารดาหลังคลอดทั่วไปที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดทั้งมารดาและทารกแรกเกิด ทำให้พบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดน้อย เนื่องจาก มารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนจะมีความเครียดสูงกว่ามารดาหลังคลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนถึง 3-4 เท่า²⁴ การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้แยกการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินและการวางแผนการผ่าตัดคลอด ซึ่งการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินเป็นการผ่าตัดแบบเร่งด่วน มารดาอาจได้รับการเตรียมร่างกายและจิตใจไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดสูง และความเครียดก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดได้ดีที่สุด²⁵ นอกจากนี้ มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีสัดส่วนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาหลังคลอดปกติเล็กน้อย และไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการคลอดทางช่องคลอดมีความเจ็บปวดใน 3 วันแรกน้อยกว่าการผ่าตัด

คลอด¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของ มนัสชนก มณีอินทร์¹⁵ ในมารดาหลังคลอดปกติและมารดาหลังผ่าตัดคลอด พบว่ามารดาหลังคลอดปกติมีคุณภาพชีวิตดีกว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอด¹⁵

การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดมารดาหลังคลอดทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในภาพรวมได้ในระดับปานกลาง และการปรับตัวในแต่ละด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางด้วย มารดาหลังผ่าตัดคลอดปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในภาพรวมและในแต่ละด้าน ในระดับต่ำมีสัดส่วนอยู่ระหว่างร้อยละ 10.9-16.4 ส่วนมารดาหลังคลอดปกติที่ปรับตัวได้ในระดับต่ำมีสัดส่วนอยู่ระหว่างร้อยละ 8.1-16.2 เนื่องจากการคลอดใน 2-3 วันแรก มารดาอยู่ในระยะ taking in phase เป็นระยะที่ยังต้องพึ่งพา ยังมีความต้องการความช่วยเหลือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีแผลผ่าตัดหน้าท้องใน 2-3 วันแรกหลังคลอดจะช่วยตัวเองได้น้อยกว่ามารดาหลังคลอดปกติ จึงมีอัตราการปรับตัวได้ในระดับต่ำมากกว่าหลังคลอดปกติทั้งในภาพรวมและแต่ละด้าน แม้ว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของมารดาหลังผ่าตัดคลอดและมารดาหลังคลอดปกติของมนัสชนก มณีอินทร์¹⁵ ที่พบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดมีคะแนนคุณภาพชีวิตในภาพรวมและรายด้านต่ำกว่ามารดาหลังคลอดปกติ และสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตภาพรวมและแต่ละด้านของมารดาหลังคลอดปกติดีกว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอด ซึ่งการปรับตัวได้ดีมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ดีก็ส่งผลต่อการปรับตัวได้ดีด้วย^{3,26-27} ความแตกต่างที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากความเจ็บปวด หรือความอ่อนเพลียหลังคลอด เพราะการคลอดเองทางช่องคลอดหรือคลอดปกติมีอาการปวดหลังน้อยกว่าการผ่าตัดคลอด และสามารถฟื้นตัวได้เร็วกว่า ทำให้มีผลกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองโดย

ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น สามารถเลี้ยงดูทารกและให้นมแม่หลังคลอดได้ดีกว่า ซึ่งส่งผลทางด้านจิตใจและสัมพันธภาพในครอบครัว¹⁵ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าอาการปวดหลังหลังการผ่าตัดคลอด มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทำให้คุณภาพชีวิตด้านกายภาพและจิตใจลดลง²⁸ อย่างไรก็ตาม การบรรเทาความปวดทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เนื่องจากมารดาหลังคลอดทุกรายจะได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวด โดยเฉพาะมารดาหลังผ่าตัดคลอดจะได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้น มารดาหลังผ่าตัดคลอดมักจะได้รับดูแลและช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องมากกว่ามารดาหลังคลอดปกติ ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอใน 2-3 วันแรกหลังคลอด ทำให้การปรับตัวหลังคลอดแตกต่างจากมารดาหลังคลอดปกติไม่มาก สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าวิธีการคลอดอาจไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด เพราะมารดาหลังผ่าตัดคลอดจะได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวดอยู่แล้ว^{27,29}

การศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดและมารดาหลังคลอดปกติ มีความชุกภาวะซึมเศร้า และมีสัดส่วนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดไม่แตกต่างกันมาก ดังนั้น การดูแลมารดาหลังคลอดจึงต้องให้ความสำคัญกับมารดาหลังคลอดทุกคน ให้ได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาแต่ละคน

ข้อเสนอแนะ

1. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสามารถพบได้ตั้งแต่ระยะ 2-3 วันหลังคลอด ทั้งในมารดาหลังคลอดปกติและมารดาหลังผ่าตัดคลอด ดังนั้น ก่อนจำหน่ายมารดาออกจากโรงพยาบาล จึงควรคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดทุกราย เพื่อให้มารดาได้รับการดูแลและช่วยเหลือได้รวดเร็วขึ้น 2. การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอด ในมารดาหลังคลอดปกติและมารดาหลังผ่าตัดคลอดทั้งภาพรวมและรายด้านทุกด้าน มีสัดส่วนการปรับตัวได้ในระดับใกล้เคียงกัน การดูแลมารดาหลังคลอดใน 2-3 วันแรกหลังคลอดหรือในระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาล จึงควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเหมือนกัน เพื่อให้มารดาหลังคลอดปกติและมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

3. ควรศึกษาภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวหลังคลอดของมารดาหลังคลอดปกติ มารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินและมารดาหลังผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า เพื่อให้เห็นภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวหลังคลอดระหว่างกลุ่มได้ชัดเจน

ขึ้น

4. ศึกษาภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวหลังคลอดของมารดาหลังคลอดปกติและมารดาหลังผ่าตัดคลอดอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะคือ 2-3 วันหลังคลอด 2 สัปดาห์หลังคลอด และ 6 สัปดาห์หลังคลอด เพื่อติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กาญจนา ศรีสวัสดิ์, ชุตินา ปัญญาพินิจนุกร, ญัฐธิดา สอนนาค. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. ว.พยาบาลสงขลานครินทร์ 2561; 38(2): 95-109.
2. ศศิธร คำพันธ์, สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง, อิงหทัย คำจตุ. ภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์. ว.การพยาบาลและสุขภาพ 2563; 14(1): 135-144.
3. Thurgood SS, Avery DM, Williamson L. Postpartum depression (PPD). Am J Clin Med Res 2009; 6 (2): 17-22.
4. Tahirkheli NN, Chery AS, Tackett AP, McCaffrey MA, Gillaspay SR. Postpartum depression on the neonatal intensive care unit: current perspectives. Int J Women's Health 2014; 24(6): 975-987.
5. Figueiredo B, Canário C, Field T. Breast feeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. Psychol Med 2014; 44(5): 927-936.
6. ทรรพนันท์ จุลพูล, ขึ้นฤทัย ยี่เขียน. การศึกษาภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด. ว.วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2557; 26(1): 64-74.
7. นภัสนันท์ สุขเกษม, รัชณี เรื่องพรวิสุทธิ, พรรณพิไล ศรีอาภา, วีรพันธ์ ศิริฤทธิ, พรรณา วัชรประภาพงศ์. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด. ว.การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2559; 34(1): 61-69.
8. วรณีนี นวลฉวี, ทวีศักดิ์ กลิมล, กนกพร นทีธนสมบัติ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอด. ว.มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ 2561; 21(42): 65-77.
9. วันชัย กิตติโชติวัฒน์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. ว.กรมการแพทย์ 2561; 43(5): 125-130.
10. Betran AP, Ye J, Moller A, Zhang J, Gulmezoglu, AM, Yorlani MR. The increasing trend in cesare-

an section rate: Global, Regional and national estimates 1990-2014. Plos One 2016; 11(2): 1-12.

11. สุขาดา อินทวิวัฒน์, สมศักดิ์ ไหลเวชพิทยา. การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. ใน: มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, ประเสริฐ คันสนียวิทย์กุล, บรรณานิการ. ตำราสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: พี.อี.ลีฟวิ่ง; 2548. หน้า 177-182.

12. กุศลมล แสนบุญมา, วรณี เดียววิเศษ, อุษา เชื้อหอม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซีมเศร้างหลังคลอดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน. ว.คณพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2562; 27(3): 23-31.

13. กัลพร ยงดี, ชุตินา หุ่มเรื่องวงษ์. ภาวะซีมเศร้างหลังคลอดในมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. Chula Med J 2016; 60(5): 561-574.

14. Schindl M, Birner P, Reinggrabner M, Joura E, Husslein P, Langer M. Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. Acta Obstet Gynecol Scand 2003; 82(9): 834-840.

15. มนัสชนก มณีอินทร์. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอดระหว่างการคลอดปกติทางช่องคลอดกับการผ่าตัดคลอด. ว.วิชาการสาธารณสุข 2558; 24(4): 648-658.

16. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987; 150: 782-786.

17. Stuart PK, Stuart S. Perinatal depression: an update and overview. Curr Psychiatry Rep 2014; 16(9): 468.

18. Pitanupong J, Liabsuetrakul T, Vittayanont A. Validation of the Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening postpartum depression. Psychiatry Res 2007;149:253-259.

19. กิตติศักดิ์ ดั่งเวียด. ความชุกของภาวะซีมเศร้างหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นที่โรงพยาบาลควนขนุน. ว.วิชาการแพทย์เขต 2560; 31(3): 457-464.

20. Sheehan F. Assessing postpartum adjustment: a pilot study. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1981; 10(1): 19-23.

21. อัจฉรวาดี ศรียะศักดิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.

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

23. Bloom BS, Hasting JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.

24. เนตรชนก แก้วจันทา, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ยุภาถาวรพิทักษ์, นิลุบล รุจิรประเสริฐ, อิงคภา โคตรนารา, ชมพูนุท กาบคำบา. ความชุกของภาวะซีมเศร้างในวัยรุ่นตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลประจำจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. ว.สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557; 59(3): 207-220.

25. สุภัทสรสา ภูเมฆ, เอกชัย โควาวิสารัช, มาลี เกื้อนพกุล, วรัญญา แสงพิทักษ์. ปัจจัยทำนายภาวะซีมเศร้างของมารดาหลังคลอดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชวิถี. ว.วิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2562; 35(3): 158-170.

26. Mousavi SA, Mortazavi F, Chaman R, Khosravi A. Quality of life after cesarean and vaginal delivery. Oman Med J 2013; 28(4): 245-251.

27. Huang K, Tao F, Liu L, Wu X. Does delivery mode affect women's postpartum quality of life in rural China. J Clin Nurs 2012; 21(11-12): 1534-1543.

28. Wu CL, Naqibuddin M, Rowlingson AJ, Lietman SA, Jermyn RN, Fleisher LA. The effect of pain on health relate quality of life in the immediate post-operative period. Anesth Analg 2003; 97(4): 1078-1085.

29. Kate N. The impact of pain management on quality of life. J Pain Symptom Manage 2002; 24(1 Suppl): S38-47.