



ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อเกี่ยวกับอารมณ์เศร้า
หลังคลอดต่ออารมณ์เศร้าของมารดาหลังคลอดชาวไทยมุสลิมจังหวัดนราธิวาส

Self-esteem, Social Support and Beliefs about Postpartum Blue among Thai
Muslim Newborn Mothers in Narathiwat Province

สารินี Sawan^{1*}, มุสลินห์ โตะแปเราะ¹

Sarinee Sawan^{1*}, Muslin Topaeroh¹

(Received: February 4, 2022 ; Revised: April 7, 2022 ; Accepted: April 18, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive correlation design) วัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอดที่มีผลต่ออารมณ์เศร้าของมารดาหลังคลอดชาวไทยมุสลิมจังหวัดนราธิวาส กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่คลอดบุตรทางช่องคลอดไม่เกิน 4 สัปดาห์ ที่กลับไปพักฟื้นที่บ้านซึ่งอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองจังหวัดนราธิวาส ระหว่างวันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 80 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามประเมินอารมณ์เศร้าหลังคลอด แบบสอบถามการรับรู้ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอด มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช เท่ากับ .85, 0.81, 0.97, 0.74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์แบบขั้นตอน (logistic regression analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่มารดาหลังคลอดชาวไทยมุสลิมมีสุขภาพจิตหลังคลอดปกติ มีอารมณ์เศร้าร้อยละ 7.5 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 32.5 มีระดับความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ความเชื่อเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอดไม่สามารถทำนายอารมณ์เศร้าหลังคลอด

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

¹Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

*Corresponding Author: Sarinee.sa@pnu.ac.th



การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย จะเพิ่มโอกาสการเกิดอารมณ์เศร้า และภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดมุสลิมเป็น 12.91 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: ปัจจัยทางจิตสังคม ความเชื่อ อารมณ์เศร้า มารดาหลังคลอด มุสลิม

Abstract

This study was a predictive correlation research design aiming to study factors such as self-esteem, social support and beliefs about postpartum blue of Thai muslim newborn mothers. The samples were 80 newborn mothers who just delivered newborn babies less than 4 weeks, returned home and was under care of district health promotion hospitals of Narathiwat province from January 5, 2019 to July 1, 2019. The study samples were selected using purposive sampling based on qualifications. The tools used to collect data composed of personal data, self-esteem questionnaire, social support questionnaire, beliefs towards postpartum blue questionnaire and the Edinburgh Postnatal Depressive Scale (EPDS), received Cronbach's alpha coefficient at 0.85, 0.81, 0.97 and 0.74, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and *logistic regression* analysis.

According to the findings, the Thai muslim newborn mothers were found having normal mental health condition, having sadness 7.5%, having postpartum depression 32.5%, having self-esteem at an average level and having beliefs about postpartum depression saying that it was unpredictable. The study also showed that low social support is able to increase postpartum blue chance in Thai muslim newborn mothers 12.91%-with a statistical significance ($p < 0.05$).

Keywords: Psychosocial factor, Belief, Postpartum blue, Newborn mother, Muslim

บทนำ

ระยะหลังคลอดเป็นช่วงของการเปลี่ยนแปลงในหลายๆด้านด้วยกัน อาทิเช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเพื่อกลับเข้าสู่ภาวะปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในการปรับเปลี่ยนบทบาทใหม่ การมีภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมของมารดาที่อาจทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นน้อยลงเนื่องจากต้องให้ความสำคัญกับการเลี้ยงดูบุตรและการดูแลครอบครัวมากขึ้น (Maliszewska, Swiatkowska-Freund, Bidzan, & Preis, 2016) การเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้านพร้อมกันอาจทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเหนื่อยล้าทางด้านร่างกายและจิตใจ



หากมารดาหลังคลอดไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดภาวะแปรปรวนทางจิต (Kanjanas, Nabkason, & Dallas, 2020) ซึ่งมีความรุนแรง 3 ระดับ ได้แก่ อารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum blues หรือ Baby blues) ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression) และโรคจิตหลังคลอด (Postpartum psychosis) แม้ว่าการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดมีความรุนแรงน้อยกว่าชนิดอื่น แต่เป็นชนิดความแปรปรวนทางจิตที่พบได้บ่อยที่สุด มีรายงานอุบัติการณ์การเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด ร้อยละ 50 – 90 (The American College of Obstetrician and Gynecologist; ACOG, 2016) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยไม่พบรายงานอุบัติการณ์การเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดทั้งในกลุ่มมารดาหลังคลอดชาวไทยและกลุ่มมารดาหลังคลอดชาวไทยมุสลิม แต่พบรายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน และมารดาวัยรุ่น ร้อยละ 57, 20.2, 19.5 ตามลำดับ (Rakkiat & Poolpat, 2020; Saenbunma, Deoisres, & Chuahom, 2019; Sitthiboonma, Kantaruksa, & Supavititpatana, 2020)

อารมณ์เศร้าหลังคลอด เป็นความผิดปกติในการปรับตัวด้านอารมณ์ของมารดาในการเผชิญสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอด โดยไม่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและการดูแลบุตร มีอาการแสดงทางอารมณ์ เช่น อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด โกรธง่าย อารมณ์อ่อนไหว ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล รู้สึกโดดเดี่ยว เศร้าวิตกกังวล สับสน ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร พร่ำบ่นว่าไม่สามารถเลี้ยงบุตรได้เองอยู่เสมอ แสดงอาการโกรธลูก โกรธสามี หรือญาติ โดยไม่มีเหตุผล เป็นต้น มักเกิดอาการในช่วง 4 - 5 วันหลังคลอด จะหายไปภายใน 10 วัน (Kanjanas et al., 2020) และไม่เกิน 2 สัปดาห์หลังคลอด (Balaram & Marwaha, 2022) อาการจะบรรเทาลงเมื่อได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างหรือสมาชิกในครอบครัว (Sutthiprapa & Wunchooserm, 2021) อีกทั้งหากมารดาหลังคลอดและครอบครัวได้รับการดูแลจากบุคคลกรทางสุขภาพ และได้รับติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง (Sutthiprapa & Wunchooserm, 2021) เพื่อให้เกิดความเข้าใจจนนำไปสู่การเกิดการรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ และความรู้สึกของมารดาหลังคลอดที่ตรงกับความเป็นจริง จะทำให้สามารถลดการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้ (Kanjanas et al., 2020) การดูแลสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอดเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง หากมารดาหลังคลอดไม่ได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างที่เหมาะสมจะทำให้มีอาการมีระดับความรุนแรงขึ้น และเป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Mikus et al., 2021)

สำหรับในบริบทชาวไทยมุสลิมในจังหวัดนราธิวาสจะเรียกอารมณ์เศร้าหลังคลอดว่า “มิลอ์ฮัย” ในอดีตมีความเชื่อเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอดว่าเป็นความผิดปกติของมารดาหลังคลอด และสามารถป้องกันอารมณ์เศร้าหลังคลอดโดยให้โตะบีแด (ผดุงครรภ์โบราณ) ทำการปิดเป่ามนต์แก่



สตรีตั้งครรภ์ซึ่งเชื่อว่าสตรีตั้งครรภ์มีจิตใจที่อ่อนไหวอาจโดนคุกคามจากสิ่งไม่ดีจึงจำเป็นต้องเป่ามนต์ป้องกันก่อนจะมีการคลอด (Saksoong & Chaunchaiyasit, 2018) สำหรับในปัจจุบันแม้การศึกษาวิจัยจะไม่สามารถระบุสาเหตุที่ชัดเจนได้ แต่มีการศึกษาที่สามารถเชื่อมโยงปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด อาทิเช่น ประสบการณ์การคลอด การลดลงอย่างรวดเร็วของระดับฮอร์โมน estrogen และ progesterone (Kanjnavas et al., 2020) ในขณะที่ระดับ prolactin และ total cortisol เพิ่มขึ้นในระยะหลังคลอด (Mangkhang, Yotsena, & Pupjain, 2019) ความเครียดทางจิตใจในระยะหลังคลอด (Mangkhang et al., 2019; Kanjnavas et al., 2020) แรงกดดันทางสังคมและครอบครัว ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (Mangkhang et al., 2019; Ahmad, Alkhatib, & Luo, 2021) ความสัมพันธ์ในครอบครัว (Mikus et al., 2021; Balaram & Marwaha, 2022) ความเชื่อมั่นในตนเอง (Sunthorn, Thapinta, Panuthai, & Xuto, 2021; Mohammad et al., 2021) ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรี (Gerli, Fraternal, Lucarini, Chiaraluce, & Tortorella, 2019; Lawarowicz-plus, Marcewicz, & Bien, 2021) บุคลิกภาพของมารดาหลังคลอดในระยะก่อนตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Mikus et al., 2021; Balaram & Marwaha, 2022) รวมถึงมารดาที่มีประวัติซึมเศร้าหลังคลอด (Lawarowicz-plus et al., 2021) และมารดาที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Lawarowicz-plus et al., 2021; Mikus et al., 2021) เป็นต้น

สำหรับการดูแลมารดาหลังคลอดชาวไทยมุสลิมที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดพบว่ามีการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดที่มีบริบทของความเชื่อและวัฒนธรรมที่เฉพาะยังมีน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่ออารมณ์เศร้าของมารดาหลังคลอดชาวไทยมุสลิม เพื่อนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวังการเกิดความเสี่ยงของอารมณ์เศร้าหลังคลอดไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในอนาคต ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่ออารมณ์เศร้าของมารดาหลังคลอดชาวไทยมุสลิมในจังหวัดนราธิวาส ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสามารถในการร่วมกันทำนายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อเกี่ยวกับอารมณ์หลังคลอดที่มีผลต่ออารมณ์เศร้าของมารดาหลังคลอดชาวไทยมุสลิม



สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อเกี่ยวกับอารมณ์เศร้า หลังคลอดสามารถร่วมกับทำนายอารมณ์เศร้าของมารดาหลังคลอดชาวไทยมุสลิมจังหวัดนราธิวาส

วิธีการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย (Predictive correlational design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอดที่มีผลต่ออารมณ์เศร้าของมารดาหลังคลอดชาวไทยมุสลิม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดมุสลิม

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่มาคลอดในโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดนราธิวาสและกลับไปพักฟื้นในจังหวัดนราธิวาส มีคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้ เป็นมารดาหลังคลอดที่มีอายุ 20 – 45 ปี ที่นับถือศาสนาอิสลาม มีการคลอดบุตรทางช่องคลอด และหลังคลอดบุตรไม่เกิน 4 สัปดาห์ โดยมารดาและบุตรไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรการคำนวณดังนี้

$$N = 10k + 50$$

N หมายถึงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

k หมายถึงจำนวนตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 3 ตัวแปร ดังนั้นจึงใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 80 คน ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ในปัจจุบัน อาชีพรายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน) ลักษณะครอบครัว ความพร้อมในการมีบุตร จำนวนบุตรทั้งหมด สัมพันธภาพกับสามีบุคคลที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต



ส่วนที่ 2 แบบประเมินอารมณ์เศร้าหลังคลอด ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ของ Cox, Holden, & Sagovsky (1987) ซึ่งนำแปลเป็นภาษาไทยโดย Watcharaporn, Pitanupong, & Samangsri (2003) ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับ จำนวน 10 ข้อ คะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน ใช้จุดตัดที่ 7 คะแนนมีการแปลผลคะแนน ดังนี้ คะแนนที่เท่ากับ/น้อยกว่า 4 หมายถึง ปกติ, คะแนนที่เท่ากับ/น้อยกว่า 6 หมายถึง มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด, คะแนนที่เท่ากับ/มากกว่า 7 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (The Rosenberg's Self Esteem Scale) ที่สร้างโดย Rosenberg (1965) ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาโดย Srisaeng (2006) และได้นำมาศึกษาในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ตัวเลือกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และค่าพิสัยของคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอดของ Sitthiboonma et al. (2020) ที่สร้างจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้านคือ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 3) การสนับสนุนด้านแรงงานและทรัพยากร และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า มีข้อคำถามจำนวน 37 ข้อ ตัวเลือกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน การแปลผลคะแนนการสนับสนุนจากสังคมโดยรวมและรายด้าน ผู้วิจัยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนจากสังคมในระดับมาก ได้รับการสนับสนุนจากสังคมในระดับปานกลาง และได้รับการสนับสนุนจากสังคมในระดับน้อย โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และค่าพิสัยของคะแนนการสนับสนุนจากสังคม หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.97



ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอด ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม Depression Beliefs Inventory Questionnaire ของ Edlund, Fortney, Reaves, Pyne, & Mittal (2008) ที่แปลโดย Suemrum, Wattanapailin, Yuttatri, & Vongsirimas (2016) มาปรับปรุงข้อคำถามให้สอดคล้องกับอารมณ์เศร้าหลังคลอดเนื่องจากไม่มีแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าโดยเฉพาะ โดยใช้คำถามที่เกี่ยวกับความเชื่อของมารดาหลังคลอดชาวไทยมุสลิมในจังหวัดนราธิวาส เช่น ฆิลอ์ฮะ, ซัยญอน, โตะบีแด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจมากขึ้น ข้อคำถามมีจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้านคือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ และ 4) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ ตัวเลือกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน การแปลผล คะแนน ผลรวมได้ค่าคะแนนมากกว่า 20 คะแนน หมายถึง มารดาหลังคลอด มีความเชื่อเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าทางบวก ค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความเชื่อเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าทางลบ หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.74

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบมารดาหลังคลอดมุสลิมตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนราธิวาส เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะสอบถามความสมัครใจ และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อไว้ในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยแจกแบบสอบถามทั้งหมดให้มารดาหลังคลอดตอบด้วยตนเอง หรือผู้วิจัยทำการแปลเป็นภาษามลายูในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถอ่านภาษาไทย และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบและการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส (รหัสโครงการ 03/2562) ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัว ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การนำข้อมูลไปใช้ ความมีอิสระในการเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่มีผลต่อผู้ตอบข้อมูลและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับและในการรวบรวมข้อมูลไม่ได้เปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลจะวิเคราะห์ในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้นในกรณีที่ผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการเศร้าขณะให้ข้อมูลผู้วิจัยให้ความ



ช่วยเหลือโดยการรับฟังและให้กำลังใจ (emotional support) พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่มารดาหลังคลอด และครอบครัวเพิ่มเติมและแจ้งพยาบาลที่รับผิดชอบในพื้นที่เพื่อรับการช่วยเหลือต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และวิเคราะห์ข้อมูลอารมณ์เศร้าของมารดาหลังคลอด โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายอารมณ์เศร้าของมารดาหลังคลอด ด้วยลักษณะของตัวแปรตามอยู่ในมาตราการวัดระดับ Interval จึงต้องวิเคราะห์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) แต่ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิตินี้ ข้อหนึ่ง คือ ประชากรต้องมีการแจกแจงปกติ (Normality) จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยทดสอบการแจกแจงของกลุ่มตัวอย่างด้วย Kolmogorov Smirnov test พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.00$) ดังนั้น จึงไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ multiple regression จึงวิเคราะห์อำนาจการทำนาย โดยใช้ Non Parametric Statistics ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ (logistic regression analysis) และได้แปลงตัวแปรตามเป็น 2 ค่า คือ 0 เป็นกลุ่มปกติ และ 1 เป็นกลุ่มมีอาการเศร้าและภาวะซึมเศร้า

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดจำนวน 80 ราย มีอายุระหว่าง 20 - 43 ปี มีอายุเฉลี่ย 29.49 ปี ($S.D. = 6.50$) กลุ่มตัวอย่างมีบุตรมากที่สุดจำนวน 5 คน มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 97.5 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 78.8 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายร้อยละ 51.3 ส่วนมากมีคนช่วยเหลือขบถร้อยละ 73.8 และส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือจากสามีร้อยละ 62.5 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตร้อยละ 97.5 ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยทางจิตร้อยละ 100 และส่วนน้อยเคยมีอาการเศร้า หดหู่ ท้อแท้ในช่วงหลังคลอดในครรภ์ก่อนคิดเป็นร้อยละ 16.3

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอารมณ์เศร้าหลังคลอดระดับปกติ โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 16 คะแนน จากคะแนนความเป็นไปได้ระหว่าง 0 - 30 คะแนน โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ย 4.80 คะแนน ($S.D. = 4.40$) ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาคะแนนจากแบบประเมินอารมณ์ซึมเศร้าหลังคลอด จำแนกภาวะสุขภาพจิตหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 ระดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมาก



มีสุขภาพจิตหลังคลอดปกติคิดเป็นร้อยละ 60 กลุ่มตัวอย่างที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 7.5 และกลุ่มตัวอย่างที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 32.5

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 22 - 40 คะแนน จากคะแนนความเป็นไปได้ระหว่าง 10 - 40 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 33.22 คะแนน (S.D. = 3.91) ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาคะแนนจากแบบประเมินการความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างการความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 36.3 มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 36.3 และกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยการความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 27.5

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมระดับปานกลาง โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 63 - 184 คะแนน จากคะแนนความเป็นไปได้ระหว่าง 37 - 185 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 154.68 คะแนน (S.D. = 19.65) ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาคะแนนจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ พบว่าโดยส่วนมากกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการสนับสนุนจากสังคมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.8 กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากสังคมในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 31.3 และกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 20

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอดทางบวก โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 12 - 39 คะแนน จากคะแนนความเป็นไปได้ระหว่าง 8 - 40 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 26.18 คะแนน (S.D. = 5.95) ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาคะแนนจากแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความเชื่อเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าทางบวกคิดเป็นร้อยละ 88.8 และ กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยมีความเชื่อเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าทางลบ คิดเป็นร้อยละ 11.3



ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนอารมณ์เศร้าหลังคลอด ระดับคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 80)

ตัวแปร	ค่าพิสัย		Mean	S.D.	ระดับ
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง			
คะแนนอารมณ์เศร้าหลังคลอด	0 - 30	0 - 16	4.80	4.40	ปกติ
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	10 - 40	22 - 40	33.22	3.91	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	37 - 185	63 - 184	154.68	19.65	ปานกลาง
ความเชื่อเกี่ยวกับอารมณ์เศร้า	8 - 40	12 - 39	26.18	5.95	บวก

ผลการทดสอบสมมติฐาน

จากผลการวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกส์ พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 มีจำนวน 1 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางสังคม ส่วนตัวแปรความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเชื่อเกี่ยวกับอารมณ์เศร้า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยจะเพิ่มโอกาสการเกิดอารมณ์เศร้าและภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดคุมสติเป็น 12.91 เท่า ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกส์ของตัวแปรทำนายอารมณ์เศร้าและภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดคุมสติ (n = 80)

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง			1.580	2	.454	
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ	-.303	.916	.109	1	.741	.739
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลาง	-.887	.857	1.070	1	.301	.412
ความเชื่อเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าทางบวก	-.090	.836	.012	1	.914	.914
การสนับสนุนทางสังคมมาก			7.674	2	.022	
การสนับสนุนทางสังคมน้อย	2.558	1.021	6.281*	1	.012	12.913
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	.893	.827	1.166	1	.280	2.441
Constant	-.786	1.518	.268	1	.604	.455

* p < 0.05

95.0% C.I. for EXP(B) = 0.667 Cox & Snell R² = 0.151, Nagelkerke R² = 0.204. p = 0.027



อภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตหลังคลอดปกติ คิดเป็นร้อยละ 60 กลุ่มตัวอย่างที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดร้อยละ 7.5 แตกต่างกับหลายการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอดมีอารมณ์เศร้าหลังคลอดร้อยละ 19.9 - 30% (Mikus et al., 2021; Lawarowicz-plus et al., 2021) แม้ผลการศึกษาในครั้งนี้จะพบความชุกของการเกิดอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดมุสลิมน้อย และพบกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 32.5 กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอารมณ์เศร้าของมารดาหลังคลอดชาวไทยมุสลิมในจังหวัดนราธิวาส อธิบายได้ว่าหากมารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด 12.91 เท่า (ตารางที่ 2) ในทางตรงกันข้ามหากมารดาที่ได้รับการช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว ทำให้มารดาหลังคลอดสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในระยะหลังคลอดได้ดีขึ้น (Papamakou, Sarafis, Kaite, Mallirou, & Tsounis, 2017) และลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Adeyemo, Oluwole, Kanma-Okafor, Izuka, & Odeyemi, 2020; Tolossa, Feten, Yilma, Abadiga, & Wakuma, 2020)

ในบริบทของชาวมุสลิมการเกิดซึมเศร้า หรืออารมณ์เศร้าหลังคลอดอาจการที่เกิดจากความเครียดหลังคลอด โดยเชื่อว่าสามารถเกิดขึ้นได้กับมารดาหลังคลอดได้ทุกคนนับเป็นอาการที่ผิดปกติและต้องได้รับการสะเดาะเคราะห์หมีโต๊ะบีแด (ผดุงครรภ์โบราณ) เป็นผู้ที่ได้รับความเชื่อมั่นในการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด ทำการดูแลรักษาโดยการทำพิธีกรรมและให้รำลึกถึงอัลลอฮอยู่เสมอ (Che-Ubung, 2012) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลมารดาหลังคลอดมุสลิมที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดยังไม่ตอบสนองกับความต้องการของมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดเท่าที่ควร สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ามารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่าอารมณ์เศร้าหลังคลอด นับเป็นการสะท้อนประเด็นสำคัญที่ต้องให้ความสนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตใจของมารดาหลังคลอดมากขึ้น มีหลายรายงานวิจัยกล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอดมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าบุคคลในครอบครัว มารดาหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอารมณ์เศร้าหลังคลอดควรได้รับการคัดกรองเพื่อประเมินอาการของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มเติมด้วย เช่น มีความคิดฆ่าตัวตาย หวาดระแวง หรือมีความคิดจะทำร้ายบุตร (Balaram & Marwaha, 2022) การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอดแก่มารดาหลังคลอดและครอบครัวเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม มีรายงานวิจัยพบว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลบุตรหลังคลอดก่อนกลับบ้าน ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว มีความเครียดน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมและไม่มีบุคคลในครอบครัว



ช่วยเหลือ (Kanjnavas et al., 2020) ในการที่มารดาหลังคลอดและครอบครัวได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจิตจากผู้เชี่ยวชาญจนเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึกและอารมณ์ของมารดาหลังคลอด เช่น การให้คำปรึกษาเน้นย้ำการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะพัฒนาการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การสังเกตสัญญาณและอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น ทำให้ลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อยกว่า (Balaram & Marwaha, 2022; Sitthiboonma et al., 2020) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการเกิดอารมณ์เศร้าของมารดาหลังคลอดชาวไทยมุสลิมในจังหวัดนราธิวาส สะท้อนให้เห็นว่าอารมณ์เศร้าหลังคลอดเป็นการเปลี่ยนแปลงทางจิตของมารดาหลังคลอดที่ต้องให้ความสำคัญเนื่องจากอารมณ์เศร้าหลังคลอดไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจน และหากไม่ได้รับการประเมินอารมณ์ความรู้สึกและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากขึ้น (Balaram & Marwaha, 2022; Mikus et al., 2021) การศึกษาครั้งนี้มารดาหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดใกล้เคียงกับการศึกษาของ Adeyemo et al. (2021) พบร้อยละ 27 - 35.6 มีปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่ การไม่ได้สนับสนุนทางสังคม สำหรับผลการศึกษานี้มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และอาจเกิดจากอิทธิพลจากปัจจัยอื่นที่ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ อาทิเช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Fiala, Svancava, Klanova, & Kasparale, 2017; Ahmad et al., 2021) คุณภาพชีวิตด้านที่อยู่อาศัย (Papamakou et al., 2017)

สรุปได้ว่าควรให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตหลังคลอดมากขึ้น เพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตหลังคลอด สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพจิตและให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เน้นย้ำการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการช่วยเหลือมารดาหลังคลอดเลี้ยงดูบุตรเพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการเลี้ยงดูบุตร

สำหรับตัวแปรที่ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดชาวไทยมุสลิม ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความเชื่อเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอด แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (อายุ 20 - 43 ปี) ที่จะมีความนับถือในตัวเองมากขึ้นและสามารถพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ดี (Rosenberg, 1965) สอดคล้องกับการศึกษาของ Khamkoed (2016) พบว่ามารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีการเห็นคุณค่าของตนเองในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.5) แต่ที่พบว่ายังอยู่ในระดับปานกลางอาจเป็นเพราะมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลสูงกว่าคนปกติ แม้จะได้รับการเตรียมพร้อมในบทบาทของแม่ในระยะตั้งครรภ์แต่ก็ต้องเผชิญกับความผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจหลังคลอด (Meighan, Davis, Thomas, & Droppleman, 1999) ทั้งนี้ผลการศึกษาที่แตกต่างกันอาจเป็นเพราะมีปัจจัยอื่นๆ เช่น ลักษณะครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ค่านิยม ช่วงเวลาที่



แตกต่างกัน สำหรับในบริบทมารดาหลังคลอดมุสลิมอาจได้รับคำแนะนำจากโต๊ะปีเค ซึ่งส่วนหนึ่งจะมีการเน้นย้ำเกี่ยวกับการรำลึกถึงอัลลอฮ์เมื่อมีความไม่สบายใจ นับเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของชาวมุสลิมที่สอดคล้องกับหลักคำสอนในศาสนา (Che-Ubung, 2012) ในทางตรงกันข้ามมีงานวิจัยพบว่ามารดาหลังคลอดมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (ร้อยละ 74.3) มีผลต่อการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Lertsakornsiri, Boonyanurut, Deoisres, & Hisako, 2012) แต่ในการศึกษานี้พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่สามารถทำนายการเกิดอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดมุสลิมได้ เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวอาจถูกบดบังจากอิทธิพลของตัวแปรอื่น จึงทำให้ไม่ถูกเลือกเข้าสมการทำนายของอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดชาวไทยมุสลิม

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าทางบวก อธิบายได้ว่ามารดาหลังคลอดชาวไทยมุสลิมมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุของอารมณ์เศร้าหลังคลอด มีความเชื่อว่าอารมณ์เศร้าหลังคลอดเป็นอาการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนหลังคลอด เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้เป็นธรรมชาติของชีวิต และเชื่อในตนเองว่าจะสามารถจัดการกับอารมณ์เศร้าได้ด้วยตนเองและหายเองได้โดยไม่ต้องรักษาซึ่ง Rosenstock (1974) กล่าวว่าคนที่บุคคลจะมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดี หลักเล็งจากการเป็นโรคบุคคลต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและต้องมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ โดยบุคคล มีการรับรู้ประโยชน์และ ไม่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติ จึงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค การศึกษานี้พบว่าในกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 60 เชื่อว่าอารมณ์เศร้าที่กำลังประสบเป็นอาการที่เรียกว่า “มึลอลังเย” เกิดขึ้นเพราะมีจิตใจอ่อนแอขณะตั้งครรภ์และก่อนคลอด มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 28) ที่เชื่อว่าอาการซึมเศร้าหลังคลอดเป็นอาการที่เกิดจากการโดนสิ่งไม่ดี (ภูตผี/ชัฏภูอน) มาคุกคามก่อนคลอด สอดคล้องกับของ Burnard, Naiyapatana, & Lloyd (2006) ก็พบว่ายังมีคนไทยบางส่วนที่เชื่อว่าบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากการมีบาปกรรมหรือการกระทำในสิ่งไม่ดีต่อผู้อื่นจึงส่งผลให้มีอาการเจ็บป่วยในที่สุด และการศึกษาของ Suhail (2005) ทำการสำรวจความเข้าใจของประชาชนชาวปากีสถานพบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการถูกอำนาจเวทย์มนต์ ในการศึกษานี้ความเชื่อเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอดไม่มีสามารถทำนายการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้ เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวอาจถูกบดบังจากอิทธิพลของตัวแปรอื่น จึงทำให้ไม่ถูกเลือกเข้าสมการทำนายของอารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดชาวไทยมุสลิม



สรุป

ผลการวิจัยพบว่ามารดาหลังคลอดชาวไทยมุสลิมมีสุขภาพจิตในระดับปกติ พบการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดเป็นส่วนน้อยร้อยละ 7.5 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และการสนับสนุนทางสังคม ในระดับน้อยจะเพิ่มโอกาสการเกิดอารมณ์เศร้าและภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดมุสลิม 12.91 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าต้องมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอดทุกรายเนื่องจากมารดาหลังคลอดมีระดับฮอร์โมนที่ลดลงอย่างรวดเร็ว มีการปรับตัวเข้าสู่บทบาทของมารดาในระยะหลังคลอด การปรับตัวกับความเหนื่อยล้าในการดูแลบุตร นับเป็นสถานการณ์ที่มารดาหลังคลอดจะต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลา ซึ่งอาจมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ของมารดาหลังคลอดการประเมินสุขภาพจิตหลังคลอดและการได้รับ การดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมตามระดับอารมณ์ที่แตกต่างกันเป็นสิ่งที่อาจสามารถลดการเกิดระดับความรุนแรงของอารมณ์หลังคลอดได้ ในบริบทมารดาหลังคลอดมุสลิมในอดีตมีความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าในชื่อของ “มิลอียะ” ซึ่งเชื่อว่าเป็นสาเหตุจากหลายสาเหตุ เช่น ความเครียด เคราะห์กรรมจากสิ่งไม่ดี หรือภูติผีปีศาจ สำหรับผลการวิจัยครั้งนี้ในภาพรวมมารดาหลังคลอดมีความเชื่อต่ออารมณ์เศร้าในทางบวกคือมีการรับรู้ เข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าเป็นไปตามความจริงที่ถูกต้อง จึงไม่สามารถทำนายการเกิดอารมณ์เศร้าได้ แต่เมื่อพิจารณาวิจัยพบว่ามารดาหลังคลอดร้อยละ 60 เชื่อว่าเกิดจากความหวั่นไหวทางความรู้สึก และพบอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 32.5 ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด นอกจากนี้มารดาหลังคลอดมีความรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเองในระดับปานกลางและไม่สามารถทำนายการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดได้เช่นกัน อาจเป็นเพราะมารดาหลังคลอดกลุ่มนี้มีความเชื่อมั่นศรัทธาต่ออัลลอฮ์ มีการรำลึกถึงอัลลอฮ์เมื่อมีหม่นหมองใจและอาจมีการระบายความรู้สึกกับอัลลอฮ์บางส่วนจึงอาจทำให้ไม่มีผลต่อการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด

ข้อเสนอแนะ

ผลวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะการนำวิจัยไปใช้ 3 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการวิจัย และด้านการเรียนการสอน

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพ และครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าหลังคลอด และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีส่วนร่วมในการสังเกตพฤติกรรม และความต้องการของมารดาหลังคลอด เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของมารดาหลังคลอดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และการปรับตัวกับบทบาทการเป็นมารดาของมารดาหลังคลอด



2. ควรส่งเสริมให้ครอบครัวส่วนร่วมในการดูแลบุตร โดยยึดหลักคำสอนทางศาสนาให้สามีมีการแบ่งเบาภาระหน้าที่ต่างๆของภรรยา เพื่อให้มารดาได้พักผ่อน และผ่อนคลายความเหนื่อยล้าจากการเลี้ยงบุตร

3. ควรส่งเสริมให้กำลังใจมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงดูบุตรในด้านต่างๆ เพื่อสร้างความมั่นใจในการดำรงบทบาทการเป็นมารดา

4. ควรจัดโปรแกรมการให้ความรู้แก่ครอบครัวและมารดาหลังคลอดในการสังเกตอารมณ์ตนเองการรับมือกับอารมณ์ของตนเอง การดูแลช่วยเหลือขณะมีอาการเศร้าหลังคลอด และการป้องกันการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดในกลุ่มมารดาหลังคลอดมุสลิม

ด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่ออารมณ์เศร้าในมารดาหลังคลอดชาวไทยมุสลิม เช่น การให้นมแม่ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมกับการดูแลด้านจิตสังคมของมารดาหลังคลอด

3. ศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในบริบทมารดาหลังคลอดมุสลิม

ด้านการเรียนการสอน

1. สอดแทรกงานวิจัย เน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด ผลกระทบต่อการไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ออารมณ์เศร้าหลังคลอด

2. สอดแทรกการเรียนรู้เรื่องวัฒนธรรมในการดูแลมารดาหลังคลอด และแนวทางในการป้องกันการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดภายใต้ความหลากหลายทางวัฒนธรรม และปัจเจกบุคคล

3. สอดแทรกเนื้อหาการประเมินสุขภาวะทางจิตของมารดาหลังคลอด การปรับบทบาทการเป็นมารดา การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด และลดความเสี่ยงในการเกิดระดับที่รุนแรงมากขึ้น

รายการอ้างอิง (References)

- Adeyemo, E.O., Oluwole, E.O., Kanma-Okafor, O.J., Izuka, O.M. & Odeyemi, K.A. (2020). Prevalence and predictors of postpartum depression among postnatal women in Lagos, Nigeria. *African Health Science*, 20(4), 1943-1954.



- Ahmad, H.A., Alkhatib, A., & Luo, J. (2021). Prevalence and risk factors of postpartum depression in the Middle East: a systematic review and meta-analysis. *Biomedcentral Pregnancy Childbirth*, 21(542), 1-12.
- Balaram, K., & Marwaha, R. (2022). *Postpartum blues*. (Treasure Island, 2022). P. 1-14, Retrieved January 15, 2022, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554546/>
- Burnard, P., Naiyapatana, W., & Lloyd, C. (2006). Views of mental illness and mental health care in Thailand: a report of an ethnographic study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(6), 742-749.
- Che-Ubung, W. (2012.). *Tohbeedae Wisdom*. Pattani: Mittrapab. (in thai).
- Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Edlund, M.J., Fortney, J.C., Reaves, C.M., Pyne, J.M., & Mittal, D. (2008). Beliefs about depression and depression treatment among depressed veterans. *Medical Care*, 46(6), 581-589.
- Fiala, A., Svancava, J., Klanova, J., & Kasparale, T. (2017). Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *Biomedcentral Psychiatry*, 17(104), 1-10.
- Gerli, S., Fraternali, F., Lucarini, E., Chiaraluce, S., & Tortorella, A. (2019). Obstetric and psychosocial risk factors associated with maternity blues. *The Journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine*, 34(8), 1227-1232.
- House, J.S. (1981). *The nature of social support in M.A. Reading (Ed.)*, Work stress and social support. California: Addison-Wesley.
- Kanjanavas, P., Nabkason, C., & Dallas, J.C. (2020). The effect of cognitive behavioral therapy program on postpartum depression among primiparous mothers. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 47(1), 37-55.
- Khamkoed, C. (2016). *Self-esteem and breastfeeding practice among postpartum mothers at King Chulalongkorn Memorial Hospital*. Thesis. Degree of Master of Science program in Mental Health. Faculty of Medicine. Chulalongkorn University. (in Thai).
- Lawarowicz-plus, G., Marcewicz, A., & Bien, A. (2021). Analysis of determinants of postpartum emotional disorders. *Biomedcentral Pregnancy Childbirth*, 21(517), 1-6.



- Lertsakornsiri, M., Boonyanurut, P., Deoisres, W., & Hisako, K. (2012). Relationship between stress, social support, self-esteem and depression in postpartum mothers. *Thai Journal of Nursing*, 1(3), 1-8.
- Maliszewska, K., Swiatkowska-Freund, M., Bidzan, M. & Preis, K. (2016). Relationship, social support, and personality as psychosocial determinants of the risk for postpartum blues. *Ginekologia Polska*, 86(6), 442-447.
- Mangkhang, W., Yotsena, B., & Pupjain, S. (2019). Situation of Postpartum Maternity Blues. *Journal of Health Science*, 28, 13-19.
- Meighan, M., Davis, M.W., Thomas, S., & Droppleman, P.G. (1999). Living with postpartum depression: The fathers experience. *The American Journal of Maternal and Child Nursing*, 24, 202-208.
- Mikus, M., Skegro, B., Kardjole, V.S., Lesin, J., Banovic, V., & Herman, M. (2021). Maternity Blues among creation mothers – A Single center study. *Psychiatria Danubina*, 20(10), 1-5.
- Mohammad, K.I., Sabbah, H., Aldalaykeh, M., ALBashtawy, M., Abuobead, K.Z., & Creedy, D. (2021). Informative title: Effects of social support, parenting stress and self-efficacy on postpartum depression among adolescent mothers in Jordan. *Journal of Clinical Nursing*, 30(23), 3456-3465.
- Papamakou, M., Sarafis, P., Kaite, C., Mallirou, M., & Tsounis, A. (2017). Investigation of the association between quality of life and depressive symptoms during postpartum period: a correlational study. *Biomedcentral Womens Health*, 17(115), 1-9.
- Rakkiat, M., & Poolpat, P. (2020). Prevalence of Postpartum Depression and Related Factors among Teenage Mothers, Nopparatrajathanee Hospital. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(1), 38-47.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Saksoong, A., & Chaunchaiyasit, P. (2018). Tok Bidan's way of life: the preservation of folk wisdom and community culture in areas of deep South provinces, Thailand. *Inthaninthaksin Journal*, 13(1), 31-53.



- Saenbunma, K., Deoisres, W., & Chuahom, U. (2019). Predictors of Postpartum Depression Among Women with Emergency Cesarean Section. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(3), 23-31.
- Sitthiboonma, N., Kantaruksa, K., & Supavititpatana, B. (2020). Stress, social support and postpartum depression among first-time mothers. *Nursing Journal*, 47(2), 169-179.
- Srisaeng, P. (2006). Postpartum Depression: What nurses need to know. *Journal of Faculty of Nursing*, 29(1), 46-53.
- Suemrum, P., Wattanapailin, A., Yuttatri, P. & Vongsirimas, N. (2016). Correlation between beliefs about depression, social support, medical co-morbidity and drug adherence behavior in elderly with major depressive disorder. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 22(1), 108-120.
- Suhail, K. (2005). A study investigating mental health literacy in Pakistan. *Journal of Mental Health*, 14(2), 167-181.
- Sunthorn, W., Thapinta, D., Panuthai, S., & Xuto, P. (2021). Factors Explaining Postpartum Depression among Thai Adolescent Mothers. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(1), 48-59.
- Sutthiprapa, A., & Wunchooserm, P. (2021). The role of nurses in caring for first-time mothers with postpartum depression. *Journal of Mahachulalongkornrajavidyalaya University Nakhondhat*, 8(11), 40-53.
- The American College of Obstetrician and Gynecologist [ACOG]. (2016). *Postpartum depression*. Retrieved November 24, 2018, from <http://www.acog.org/Patients/FAQs/Postpartum-Depression>.
- Tolossa, T., Feten, G., Yilma, M.T., Abadiga, M., & Wakuma, B. (2020). Postpartum depression and associated factors among postpartum women in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis, 2020. *Public Health Reviews*, 41(21), 1-20.
- Watcharaporn, K., Pitanupong, J., & Samangsri, N. (2003). The Edinburgh Postnatal Depression Scale (Thai version). *Journal of Mental Health of Thailand*, 11(3), 164-169.