



ความชุกและรูปแบบของภาวะเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติ และผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

Prevalence and Model of postpartum blues among Mother with Normal Labor and Cesarean Section

รัชดา พ่วงประสงค์^{1*}, อรอนงค์ บัวลา¹, ชิดชนก สิทธารตศักดิ์¹
Rachada Phuangprasonka^{1*}, Onanong Buala¹, Chidchanok Sittarataski¹

(Received: July 16, 2023; Revised: October 27, 2023; Accepted: November 8, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกและรูปแบบของภาวะเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีภาวะเศร้าหลังคลอดในรายคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่พักฟื้นหลังคลอด ณ หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 357 ราย เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ Kennerley and Gath (1989) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ โดย Phuangprasonka et al. (2016) ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะเศร้าหลังคลอดด้วยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างสำหรับคะแนนอารมณ์เศร้า ระหว่างกลุ่มโดยใช้ Independent t-test ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะเศร้าหลังคลอดระหว่างวันที่ 1 - 3 หลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 43.9 ในมารดาคลอดปกติ และคิดเป็นร้อยละ 58.4 ในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยพบว่า ทั้งมารดาคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีรูปแบบของภาวะเศร้าหลังคลอดสูงสุดในวันแรกและค่อย ๆ ลดลงในวันที่ 2 และ 3 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเศร้าหลังคลอดระหว่างสองกลุ่มพบว่า ระดับความรุนแรงของอาการเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติ และมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.65, p < .001$)

คำสำคัญ: รูปแบบภาวะเศร้าหลังคลอด, มารดาหลังคลอดปกติ, มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

¹ Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

*Corresponding Author: rachadaph@gmail.com



Abstract

The purpose of this study was to examine the prevalence and pattern of postpartum blues in mothers with normal labor and cesarean sections. 357 samples who experienced postpartum blues after normal labor and cesarean section in the postpartum ward of Samut Prakarn Hospital. The research instruments were a demographic questionnaire and postpartum blues emotion questionnaire of Kennerley and Gath's (1989) which were translated into Thai and then back translated by Phuangprasonka et al. (2016) with a reliability coefficient of 0.79. Data analysis included frequency, percentage, mean, and standard deviation for both demographic data and postpartum blues symptoms. An independent t-test was utilized to compare the postpartum blues score between the groups. Results showed that during the first three days after birth, 43.9% of mothers with normal labor and 58.4% of mothers with cesarean section experienced postpartum blues. The risk of postpartum blues was highest on the first day following delivery and lower in the second - and third-days following delivery in mothers who had normal labor and cesarean section. Between mothers with normal labor and cesarean section, there was a statistically significant difference in the intensity of postpartum blues scores ($t = 4.65, p < .001$)

Keywords: Model of postpartum blues, Mother with normal labor, mother with cesarean section

บทนำ

ภาวะเศร้าหลังคลอด (postpartum blues) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 1 - 10 วันหลังคลอด ซึ่งจะมีหลากหลายอาการ เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล หงุดหงิด นอนไม่หลับ หรือมีอาการเศร้าหลังคลอด (Beck & Driscoll, 2006; Takahashi & Tamakoshi, 2014) พบได้ในมารดาหลังคลอดทุกเชื้อชาติและวัฒนธรรม จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าอัตราความชุกของอาการเศร้าหลังคลอดอยู่ระหว่างร้อยละ 13.7 - 76.0 (Rezaie - Keikhaie et al., 2020) ในประเทศไทยพบว่ามีอัตราความชุกของภาวะเศร้าหลังคลอดอยู่ร้อยละ 48.59 (Phuangprasonka et al., 2016) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอาการของภาวะเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดชาวกรีก จะมีความรุนแรงของแต่ละอาการที่แตกต่างกัน โดยพบสูงสุดในวันที่ 3 หลังคลอด (Gonidakis, 2012) และอาการต่าง ๆ มักหายไปภายใน 7 - 10 วัน

อย่างไรก็ตาม ภาวะเศร้าหลังคลอดนี้จะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และอาจไม่ได้รับการวินิจฉัยเนื่องจากคิดว่าเป็นภาวะปกติ และอาจถูกมองข้ามจากตัวผู้คลอดเองหรือผู้ดูแล (Thurgood et al., 2009)



ภาวะเศร้าหลังคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก ผลกระทบต่อบทบาทการเป็นมารดา ความอ่อนเพลียของมารดาจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้มีความลำบากในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Thurgood et al., 2009) และกระทบต่อการดำรงชีวิตของมารดาและการเลี้ยงทารก (Corwin et al., 2005) และอาจมีอาการทางจิตอย่างรุนแรง ล้มเหลวในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการด้านร่างกาย และจิตอารมณ์ของบุตร อาการซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจนำไปสู่อาการทางจิต (Rai et al., 2015) ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่มารดาหลังคลอดอาจทำร้ายตนเองและบุตร สำหรับผลกระทบต่อบุตร พบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะปฏิเสธบุตร ไม่สนใจดูแล และปกป้องอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับบุตร อาจมีการทำร้ายร่างกายบุตร เมื่อบุตรโตขึ้นพบว่ามีปัญหาด้านสติปัญญา และพฤติกรรม (Wong et al., 2006) และจากการที่ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน และ โปรเจสเตอโรนในระยะหลังคลอดลดลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีความผิดปกติด้านอารมณ์ (Lowdermilk et al., 2012) อาจมีการละเลย เพิกเฉยในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ละเลยการดูแลตนเอง และการดูแลสุขภาพบุตร (Field, 2010) ถึงแม้ว่าภาวะเศร้าหลังคลอดจะเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ปกติในมารดาหลังคลอด แต่หากไม่สามารถประเมินอาการได้ทันทั่วทั้งที่ อาจส่งผลทำให้อาการเหล่านั้นเปลี่ยนเป็นภาวะผิดปกติทางจิตใจหลังคลอด ได้มาก ถึงร้อยละ 15 - 20 (O'Hara et al., 1991; Castle, 2009)

รูปแบบการเกิดภาวะเศร้าหลังคลอดซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์หลังคลอดพบว่า มารดาหลังคลอดในประเทศฮ่องกงมีอารมณ์เศร้าหลังคลอดในช่วงวันที่ 2 – 5 หลังคลอดและลดลงน้อยที่สุดในวันที่ 7 หลังคลอด (Hua & Levy, 2003) สำหรับในประเทศไทยพบว่าการศึกษเกี่ยวกับรูปแบบการเกิดภาวะเศร้าหลังคลอดนั้นเป็นการศึกษาในมารดาหลังคลอดที่มีการคลอดด้วยวิธีที่หลากหลายทั้งการคลอดปกติ การใช้สูติศาสตร์หัตถการและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Phuangprasonka et al., 2016) สำหรับการคลอดปกติทางช่องคลอดนั้นย่อมมีการฟื้นตัวคืนสู่สภาพปกติได้เร็วกว่ารายที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากมารดาที่มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องนั้นต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากปัญหาหรืออาการต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างมาก (Pinchaleaw & Serisathien, 2009) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัดมาก่อนหรือไม่มีการเตรียมพร้อมทางด้านจิตใจที่จะเผชิญกับความกลัวหรือความเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัด หรือผลกระทบอื่น ๆ หลังผ่าตัด (Sarah et al., 2017) ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะเศร้าหลังคลอดได้ มารดาที่มีภาวะเศร้าหลังคลอดต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น มีการรับรู้อาการเกี่ยวกับร่างกายหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป มีการประเมินอาการที่เกิดขึ้นและมีการตอบสนองต่ออาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล รวมทั้งเกิดผลกระทบทางตรงและทางอ้อมจากการเกิดอาการต่างกัน ซึ่งทำให้อารมณ์หลังคลอดมีการแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นที่แตกต่างกันออกไป ผลลัพธ์ของการจัดการอาการขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพและ



ประสิทธิผลของการจัดการอาการของแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตามการศึกษากว้างขวางหลังคลอดยังพบได้น้อยอยู่ในประเทศไทยทั้งในรายคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และจากประสบการณ์ของทีมผู้วิจัยพบว่ามารดาหลังคลอดหาวิธีการจัดการอาการด้วยตนเองตามประสบการณ์และความรู้ที่ได้รับจากพยาบาล ทีมผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอาการและความรุนแรงของภาวะเศร้าหลังคลอด ในมารดาหลังคลอดทั้งในรายคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนในการให้ข้อมูลให้คำปรึกษา รวมทั้งสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดและญาติมีวิธีการรับรู้และนำไปสู่การดูแลอาการเศร้าหลังคลอดด้วยตนเองให้สอดคล้องกับความต้องการในการดำเนินชีวิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในช่วง 1 - 3 วันหลังคลอด
2. เพื่อศึกษารูปแบบการเกิดภาวะเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในช่วง 1 - 3 วันหลังคลอด
3. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในช่วง 1 - 3 วันหลังคลอด

วิธีการวิจัย

รูปแบบวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างทั้งในรายคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะต้องมีการประเมินตนเองด้วยแบบสอบถามภาวะเศร้าหลังคลอดทุกวัน ตั้งแต่หลังคลอดวันแรกจนถึงวันที่ 3 หลังคลอด ประชากรที่ศึกษาเป็นมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่คลอดในโรงพยาบาลสมุทรปราการ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางของ Krejcie and Morgan (1970) ได้จำนวน 357 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือการคลอดปกติทางช่องคลอดจำนวน 173 คน และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 184 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเลือกอย่างเจาะจง (purposive sampling) จากมารดาหลังคลอดที่คลอด ในช่วงเดือนมกราคม ถึงเมษายน 2564 โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่มีความสามารถในการฟังหรืออ่านภาษาไทยได้ 2) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางสุขภาพจิตมาก่อน 3) ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการมีภาวะซึมเศร้า โรคประจำตัว วิธีการคลอด และ ความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนของการคลอด จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะเศร้าหลังคลอด ของ Kennerley and Gath (1989) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ โดย Phuangprasonka et al. (2016) ประกอบด้วยข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 28 ข้อ สอบถามมารดาหลังคลอดในด้านอารมณ์ความรู้สึก 7 กลุ่มอาการคือ 1) กลุ่มอาการหลักของภาวะเศร้าหลังคลอด (Primary blues) 2) กลุ่มอาการการควบคุมอารมณ์ (Reservation) 3) กลุ่มอาการไวต่อความรู้สึก (Hypersensitivity) 4) กลุ่มอาการซึมเศร้า (Depression) 5) กลุ่มอาการรู้สึกสิ้นหวัง (Despondency) 6) กลุ่มอาการความบกพร่องทางอารมณ์ (Retardation) และ 7) กลุ่มอาการลดลงของความมั่นใจในตนเอง (Decreased Self-confident) เป็นข้อคำถามความหมายด้านลบ 20 ข้อ และความหมายด้านบวก 8 ข้อ แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 ใช้ในการคัดกรองอารมณ์เศร้าหลังคลอดโดยติดตามในวันที่เกิดอาการ หากตอบ “ไม่มีอาการ” (0 คะแนน) หรือ “มีอาการ” (1 คะแนน) มีช่วงคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 28 ถ้ามีคะแนนรวมมากกว่า 7 คะแนนถือว่ามีความเสี่ยงเศร้าหลังคลอด สำหรับในข้อที่ตอบว่า “มีอาการ” มารดาหลังคลอดต้องระบุความรุนแรงของอาการในส่วนที่ 2 ซึ่งเป็นส่วนขยายของส่วนที่ 1 หากมีอาการให้ระบุระดับของอาการที่มีจาก “น้อยกว่าปกติมาก” (1 คะแนน) จนถึง “มีมากกว่าปกติมาก” (5 คะแนน) ในส่วนที่ 2 หากมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่า 11.6 ขึ้นไป ถือว่ามีความเศร้าหลังคลอดที่มีความรุนแรงระดับมาก หากมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่า 8.9 ขึ้นไปถือว่ามีความรุนแรงระดับน้อย

ผู้วิจัยไม่ได้หาค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่เคยใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ และการศึกษาครั้งนี้นำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ณ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแล้วคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ อ.829 / 2562 วันที่ 24 พฤษภาคม 2562 ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการตัดสินใจ



เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สิทธิในการยุติการตอบแบบสอบถามได้ทันทีโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับและการเสนอผลการวิจัยในภาพรวมที่ไม่เปิดเผยข้อมูลบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดี ผู้วิจัยจะให้อ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์และลงนามในเอกสารดังกล่าว หลังจากนั้นให้อิสระในการตอบแบบสอบถามและตอบข้อซักถามเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยตลอดเวลา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองดังรายละเอียดต่อไปนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างระหว่างเดือนมกราคมถึงเมษายน 2564 โดยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็นขั้นเตรียมการและดำเนินการ

1. ขั้นเตรียมการ เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลสมุทรปราการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัยพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย
2. ขั้นดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการวิจัยแก่มารดาหลังคลอด สอบถามความสมัครใจ หลังจากนั้นให้มารดาหลังคลอดลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย แจกแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลโดยทำเพียงวันแรกเท่านั้น และแบบคัดกรองอารมณ์เศร้าหลังคลอดในช่วง 1 - 3 วันหลังคลอด โดยให้บันทึกครั้งแรกภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และครั้งถัดไปให้บันทึกในช่วงเช้าหลังตื่นนอนจนครบ 3 วันหลังคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ด้วยการใช้สถิติต่าง ๆ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยข้อมูลที่มีระดับการวัดของตัวแปรเป็นนามบัญญัติ วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลที่มีระดับการวัดของตัวแปร เป็นอัตราส่วน วิเคราะห์ด้วยค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความชุก และรูปแบบภาวะเศร้าหลังคลอดแต่ละอาการ วิเคราะห์ด้วยด้วยความถี่ ร้อยละ และสถิติ Independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ เพื่อเปรียบเทียบระหว่างมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง



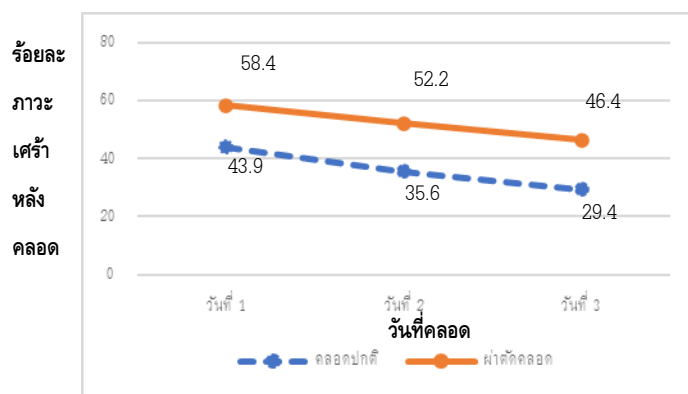
ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.9 การตั้งครรภ์เป็นการตั้งครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 49.9 และเป็นครรภ์แรก ร้อยละ 49.3 มารดาหลังคลอดทุกราย ไม่มีประวัติภาวะซึมเศร้าหรือโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50.7 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 58.5 และร้อยละ 53.5 มีสถานสมรสแบบแยกกันอยู่ และร้อยละ 48.5 คลอดด้วยวิธีคลอดปกติทางช่องคลอด และร้อยละ 51.5 ใช้วิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และมารดาหลังคลอดทุกรายไม่มีภาวะแทรกซ้อนของทารก

2. ความชุกของภาวะเศร้าหลังคลอดจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความชุกของภาวะเศร้าหลังคลอดระหว่างวันที่ 1 - 3 หลังคลอด โดยใช้แบบสอบถาม Kennerley and Gath (1989) (a) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ โดย Phuangprasonka et al. (2016) คิดเป็นร้อยละ 43.9 ในมารดาคลอดปกติ และคิดเป็นร้อยละ 58.4 ในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยพบว่าทั้งมารดาคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีภาวะเศร้าหลังคลอดสูงสุดในวันแรกและค่อย ๆ ลดลงในวันที่ 2 และ 3 ตามลำดับ ดังแสดงในภาพที่ 1 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบว่าในช่วง 1 - 3 วันหลังคลอดนั้นมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีอาการเศร้าและไม่มีอาการเศร้าหลังคลอดทั้งในมารดาหลังคลอดปกติ และผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพบว่าในมารดาหลังคลอดปกติ 76 ราย มีคะแนนของภาวะเศร้าหลังคลอดสูงสุดในวันแรกหลังคลอด (ร้อยละ 43.9) ลดลงในวันที่ 2 (ร้อยละ 35.2, $n = 61$) และน้อยที่สุดในวันที่ 3 หลังคลอด (ร้อยละ 28.9, $n = 50$) มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 108 รายมีภาวะเศร้าหลังคลอดสูงสุดในวันแรกหลังคลอด (ร้อยละ 58.7) และลดลงในวันที่ 2 (ร้อยละ 51.3, $n = 95$) และน้อยที่สุดในวันที่ 3 หลังคลอด (ร้อยละ 46.9, $n = 85$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของกลุ่มที่มีภาวะเศร้าและไม่มีภาวะเศร้าหลังคลอดในช่วง 1-3 วันหลังคลอด ($n = 357$)

วันที่คลอด	คลอดปกติ ($n = 173$)				ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ($n = 184$)			
	มีภาวะเศร้า		ไม่มีภาวะเศร้า		มีภาวะเศร้า		ไม่มีภาวะเศร้า	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
วันที่ 1	76	43.9	97	56.07	108	58.70	76	41.30
วันที่ 2	61	35.2	112	64.74	95	51.63	89	48.37
วันที่ 3	50	28.9	123	71.09	85	46.19	99	53.80



ภาพที่ 1 ร้อยละของภาวะเครียดหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

3. รูปแบบของกลุ่มอาการเครียดหลังคลอดประกอบไปด้วย 7 กลุ่มอาการตามการแบ่งของ Kennerley and Gath Blues (1989) (a) ได้แก่ 1) กลุ่มอาการหลักของภาวะเครียดหลังคลอด (Primary blues) 2) กลุ่มอาการการควบคุมอารมณ์ (Reservation) 3) กลุ่มอาการไวต่อความรู้สึก (Hypersensitivity) 4) กลุ่มอาการซึมเศร้า (Depression) 5) กลุ่มอาการรู้สึกสิ้นหวัง (Despondency) 6) กลุ่มอาการความบกพร่องทางอารมณ์ (Retardation) และ 7) กลุ่มอาการลดลงของความมั่นใจในตนเอง (Decreased Self-confident) โดยพบว่ามารดาหลังคลอดทั้งสองกลุ่มมีอาการเครียดหลังคลอดในทุกกลุ่มอาการเครียดในระดับสูงสุดในวันแรก และค่อย ๆ ลดลงในวันที่สองและน้อยที่สุดในวันที่สามหลังคลอดตามลำดับ ในแต่ละวันของกลุ่มอาการเครียดหลังคลอดจะพบว่าในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีอาการเครียดหลังคลอดในแต่ละกลุ่มอาการสูงกว่าในมารดาหลังคลอดปกติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มอาการเครียดหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (n = 357)

กลุ่มอาการเครียดหลังคลอด	ร้อยละของอาการเครียดหลังคลอด					
	วันที่ 1 หลังคลอด		วันที่ 2 หลังคลอด		วันที่ 3 หลังคลอด	
	คลอดปกติ	ผ่าตัดคลอด	คลอดปกติ	ผ่าตัดคลอด	คลอดปกติ	ผ่าตัดคลอด
	คลอดปกติ	คลอด	ปกติ	คลอด	ปกติ	คลอด
1) กลุ่มอาการหลักของภาวะเครียดหลังคลอด	26.40	31.70	22.90	24.50	18.30	20.20
2) กลุ่มอาการการควบคุมอารมณ์	18.70	21.60	16.70	17.10	12.80	14.40
3) กลุ่มอาการไวต่อความรู้สึก	29.90	36.10	24.90	27.90	20.30	22.70
4) กลุ่มอาการซึมเศร้า	22.50	26.20	19.90	21.70	16.30	18.60



กลุ่มอาการเศร้าหลังคลอด	ร้อยละของอาการเศร้าหลังคลอด					
	วันที่ 1 หลังคลอด		วันที่ 2 หลังคลอด		วันที่ 3 หลังคลอด	
	คลอด	ผ่าตัด	คลอด	ผ่าตัด	คลอด	ผ่าตัด
	ปกติ	คลอด	ปกติ	คลอด	ปกติ	คลอด
5) กลุ่มอาการรู้สึกสิ้นหวัง	54.40	55.10	51.30	52.80	46.10	48.30
6) กลุ่มอาการความบกพร่องทางอารมณ์	54.10	55.50	49.20	51.60	41.80	47.20
7) กลุ่มอาการลดลงของความมั่นใจในตนเอง	66.80	68.40	62.90	65.30	53.90	58.70

4. รูปแบบความรุนแรงของภาวะเศร้าหลังคลอด แบ่งระดับความรุนแรงได้ 2 ระดับตาม Kennerley and Gath (1989) (a) คือ ความเศร้าหลังคลอดที่มีความรุนแรงระดับมาก (ค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่า 12) และความรุนแรงระดับน้อย (ค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่า 9) ทั้งในมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีคะแนนความเศร้าความรุนแรงระดับมาก จะพบสูงสุดในวันแรกหลังคลอด และค่อยๆลดลงจนพบน้อยที่สุดในวันที่ 3 หลังคลอด ซึ่งในกลุ่มที่มีคะแนนความเศร้าหลังคลอดความรุนแรงระดับน้อยก็พบว่ามีสูงสุดในวันแรกทั้งสองกลุ่มและลดลงน้อยที่สุดในวันที่ 3 หลังคลอด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 รูปแบบความรุนแรงของคะแนนเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในระหว่างวันที่ 1-3 วันหลังคลอด (n = 357)

ความรุนแรงของอาการ	คลอดปกติ (n=173)						ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (n=184)					
	วันที่ 1		วันที่ 2		วันที่ 3		วันที่ 1		วันที่ 2		วันที่ 3	
	หลังคลอด		หลังคลอด		หลังคลอด		หลังคลอด		หลังคลอด		หลังคลอด	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
ระดับมาก (blue2)	124	32.20	92	23.90	78	20.30	160	41.60	136	35.30	110	28.60
ระดับน้อย (blue1)	66	17.10	61	15.80	51	13.20	68	17.70	64	16.60	62	16.10

Mean score ≥ 8.9 (blue 1) Mean score ≥ 11.6 (blue 2)



5. เมื่อทดสอบทางสถิติด้วยค่าที (t-test) พบว่าระดับความรุนแรงของอาการเส้ร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติ และมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะเส้ร้าหลังคลอดระหว่างมารดาคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในช่วง 1-3 วันหลังคลอด ด้วยค่าที (t-test) ($n = 357$)

ตัวแปร	คลอดปกติ ($n=173$)		ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ($n=184$)		t-test	p-value
	Min-Max	Mean $\pm$ S.D.	Min-Max	Mean $\pm$ S.D.		
ภาวะเส้ร้าหลังคลอด	8.00-20.00	11.15 $\pm$ 2.90	12.00-25.00	17.90 $\pm$ 4.39	4.65	.000

อภิปรายผล

1. การวิจัยครั้งนี้พบว่า มารดาหลังคลอดมีความชุกของภาวะเส้ร้าหลังคลอดโดยใช้แบบสอบถาม Kennerley and Gath (1989) (a) คิดเป็นร้อยละ 43.9 ในมารดาคลอดปกติ และคิดเป็นร้อยละ 58.4 ในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งไม่แตกต่างกับการศึกษาในมารดาหลังคลอดของ Phuangprasonka et al. (2016) ซึ่งพบร้อยละ 47.5 และสอดคล้องกับการศึกษาภาวะอารมณ์เส้ร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดของ Ayuyen et al. (2020) พบอัตราชุกร้อยละ 49.6 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในอินเดียพบร้อยละ 58.5 (Manjunath & Venkatesh, 2011) และพบอัตราความชุกร้อยละ 44.5 ในประเทศกรีซ (Gonidakis et al., 2007)

2. รูปแบบการเกิดภาวะเส้ร้าหลังคลอดจากการศึกษานี้พบว่า ทั้งในมารดาคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีภาวะเส้ร้าหลังคลอดสูงสุดในวันแรกและลดลงในวันที่สองและสามหลังคลอดตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phuangprasonka et al. (2016) ซึ่งพบภาวะเส้ร้าในมารดาหลังคลอดด้วยผู้ใหญ่มากที่สุดในวันแรกและค่อยๆลดลง จนพบภาวะเส้ร้าหลังคลอดน้อยที่สุดในวันที่ 7 หลังคลอดและคล้ายคลึงกับในมารดาหลังคลอดชาวกรีกซึ่งพบว่าภาวะเส้ร้าหลังคลอดสูงสุดในวันที่ 3 หลังคลอดและเริ่มลดลงในวันที่ 4 และลดลงทุกวันจนพบอาการน้อยที่สุดในวันที่ 7 หลังคลอด (Gonidakis et al., 2007) แต่มีความแตกต่างจากการเกิดภาวะเส้ร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดพบว่าเริ่มมีอาการเล็กน้อยในวันแรกหลังคลอด และอาการจะเพิ่มขึ้น จนมีอาการสูงสุดในวันที่ 3, 4 และ 5 และอาการจะค่อยๆลดลงในวันที่ 6 และ 7 ตามลำดับ (Ayuyen et al., 2020)



และเมื่อวิเคราะห์ในแต่ละกลุ่มอาการเส้ราหลังคลอดทั้ง 7 กลุ่มอาการพบว่าทุกกลุ่มอาการเส้ราหลังคลอดในมารดาหลังคลอดทั้งสองกลุ่มนั้นพบสูงสุดในวันแรก และลดลงในวันที่สองและสามหลังคลอดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phuangprasonka et al. (2016) แต่แตกต่างกับการศึกษาของ Hua and Levy (2003) ซึ่งศึกษาในประเทศฮ่องกงพบว่า แต่ละอาการเส้ราหลังคลอดจะพบสูงสุดในวันที่ 5 หลังคลอด และยังมีความแตกต่างกับการศึกษาในประเทศกรีซที่พบว่าทั้ง 7 กลุ่มอาการนั้นส่วนใหญ่พบสูงสุดในวันที่ 4 หลังคลอดและค่อยๆลดลงในวันที่ 5 และพบน้อยสุดในวันที่ 7 หลังคลอด (Ayuyen et al., 2020)

3. เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่มแล้วพบว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีภาวะเส้ราหลังคลอดมากกว่ามารดาหลังคลอดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มอาการเส้ราหลังคลอดทั้ง 7 กลุ่มอาการในช่วง 1 - 3 วันหลังคลอดแล้วพบว่ามารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีภาวะเส้ราหลังคลอดในแต่ละกลุ่มอาการมากกว่ามารดาหลังคลอดปกติในช่วงเวลาทั้ง 3 วันหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Pinchaleaw and Bhoosahas (2015) พบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดใน 72 ชั่วโมงแรกนอกจากจะมีความทุกข์ทรมานด้านร่างกายแล้วยังมีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจและการเผชิญต่อความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องนั้นหากมารดาไม่ได้รับการเตรียมตัวที่พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลต่อความปลอดภัยของตนเองและทารกในครรภ์ได้และส่งผลต่อความผิดปกติทางอารมณ์หลังคลอดได้ การได้รับความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดและการช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงในช่วงหลังคลอดจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกผิดหวัง เห็นคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Yokote, 2008) แต่มีความแตกต่างกับการศึกษาในประเทศอินโดนีเซียซึ่งไม่พบความแตกต่างกันของการเกิดอารมณ์เส้ราหลังคลอดในระหว่างการคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Kurniawati & Septiyon, 2022)

สรุป

ภาวะเส้ราหลังคลอดเป็นภาวะที่มักเกิดขึ้นในมารดาหลังคลอดในระยะ 2 - 3 วันแรกหลังคลอดทั้งในรายคลอดปกติหรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งมารดาหลังคลอดอาจเกิดความรู้สึกหรืออารมณ์ที่แปรปรวน วิตกกังวล รู้สึกสิ้นหวัง จากการศึกษาสถานการณ์เส้ราหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติพบได้น้อยกว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และพบว่ามารดาหลังคลอดทั้งสองกลุ่มมีภาวะเส้ราหลังคลอดสูงสุดในวันแรกและลดลงในวันที่สองและสามหลังคลอด ควรมีการประเมินอาการ เฝ้าระวังและติดตามอาการในวันที่มักแสดงอาการเส้ราหลังคลอดและมีความรุนแรงมาก



โดยเฉพาะในวันแรกหลังคลอด เพื่อป้องกันอาการและความรุนแรงที่อาจจะพัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้า และอาการทางจิตหลังคลอดได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาหลังคลอดทั้งในรายคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยประเมินอาการ คัดกรองอาการของภาวะเศร้าหลังคลอด โดยเฉพาะในช่วง 1 - 3 วันแรกหลังคลอด

2. อาจารย์พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการบูรณาการการเรียนการสอนเพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลเข้าใจในรูปแบบของการเกิดภาวะเศร้าหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ต่อภาวะเศร้าของมารดาหลังคลอด เช่น อึดอัดในทัศนคติ แรงสนับสนุนจากครอบครัว ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารก

2. ทำวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการจัดการเมื่อมารดาหลังคลอดเกิดภาวะเศร้าหลังคลอด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลที่สำคัญต่องานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ บุคลากรประจำหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการเป็นอย่างสูงในการเข้าเก็บ ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

รายการอ้างอิง (References)

- Ayuyen, A., Deoisres, W., & Tachasuksri, T. (2020). Prevalence and Pattern of Maternity blues in Postpartum Adolescent Mothers in Hospital. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(4), 1 - 11. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/248240>
- Beck, C.T., & Driscoll, J.W. (2006). *Postpartum mood and anxiety disorder: A clinician guides*. Jones and Bartlett. <https://www.amazon.com/Postpartum-Mood-Anxiety-Disorders-Clinicians/dp/0763716499>



- Castle, J. (2009). Early detection of postpartum depression: Screening in the first two to three days. *The Journal of Lancaster General Hospital*, 3(4), 147 - 150. <https://www.jlgh.org/Past-Issues/Volume-3-Issue-4/Early-Detection-of-Postpartum-Depression.aspx>
- Corwin, E.J., Brownstead, J., Barton, N., Heckard, S., & Morin, K. (2005). The impact of fatigue on the development of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(5), 577 - 586. <http://doi.org/10.1177/0884217505279997>
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1 - 6. <http://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- Gonidakis, F. (2012). Postpartum depression and maternity blues in immigrants. *Perinatal Depression*, 117 - 138. <http://doi.org/10.5772/30915>
- Gonidakis, F., Rabavilas, A.D., Varsou, E., Kreatsas, G., & Christodoulou, G.N. (2007). Maternity blues in Athens, Greece: A study during the first 3 days after delivery. *Journal of Affective Disorders*, 99(1-3), 107 - 115. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2006.08.028>
- Hau, F.W., & Levy, V.A. (2003). The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an exploratory study. *Journal of Affective Disorders*, 75(2), 197 - 203. [http://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\) 00039-3](http://doi.org/10.1016/s0165-0327(02) 00039-3)
- Kennerley, H., & Gath, D. (1989) Maternity blues I: Detection and measurement by questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 155, 356 - 362. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2611547/>
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*, 30(3), 607 - 610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Kurniawati, D., & Septiyono, E.A. (2022). Determinants of postpartum blues in Indonesia. *Pedimaternel Nursing Journal*, 8(1). <http://dx.doi.org/10.20473/pmnj.v8i1.27649>
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K., & Alden, K.R. (2012). *Maternity & women's health care* (10th ed.). Elsevier. <https://jfklib.oas.psu.ac.th/opac2/BibDetail.aspx?bibno=1151038>
- Manjunath, N.G., & Venkatesh, G. (2011). Postpartum blue is common in socially and economically insecure mothers. *Indian Journal of Community Medicine*, 36(3), 231 - 233. <http://doi.org/10.4103/0970-0218.86527>



- O'Hara, M.W., Schlechte, J.A., Lewis, D.A., & Wright, E.J. (1991). Prospective study of postpartum blues: Biologic and psychosocial factors. *Archives General Psychiatric*, 48(9), 801-806. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810330025004>
- Phuangprasonka, R., Deoisre, W., & Chunlestskul, K. (2016). Maternity blues and management strategies of Thai postpartum women. *Journal of Food Health and Bioenvironmental Science*, 11(2), 23 – 27.
- Pinchaleaw, D., & Serisathien, Y. (2009). Women's distress after cesarean section. *Journal of Nursing Science (Supplement)*, 27(2), 28 - 38.
- Pinchaleaw, D., & Bhoosahas, P. (2015). Factors related to women's distress after cesarean section. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 16(1), 101-108. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/36165>
- Rai, S., Pathak, A., & Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(Suppl. 2), 216 – 221.
- Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S. M., & Arbabisarjou, A. (2020). Systematic review and meta-analysis of the prevalence of the maternity blues in the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 49(2), 127 - 136. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.01.001>
- Sarah, S. B., Forozan, S. P., & Leila, D. (2017). The relationship between model of delivery and postpartum depression. *Annals of Tropical Medicine & Public Health*, 10(4), 874 – 877. <https://www.cabidigitallibrary.org/doi/full/10.5555/20183153844>
- Takahashi, Y. & Tamakoshi, K. (2014). Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants. *Nagoya journal of medical science*, 76(1-2), 129 – 138. https://www.researchgate.net/publication/264867289_Factors_associated_with_early_postpartum_maternity_blues_and_depression_tendency_among_Japanese_mothers_with_full-term_healthy_infants
- Thurgood, S., Avery, D. M., & Williamson, L. (2009). Postpartum depression (PPD). *American Journal of Clinical Medicine*, 6(2), 17 - 22. <https://www.aapsus.org/wp-content/uploads/Postpartum-Depression.pdf>



- Wong, D.L., Perry, S.E., Hockenberry, M.J., & Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2006). *Maternal child nursing care*. (3rd ed.). Mosby-Year Book..
- Yokote, N. (2008). Women's experiences of labor, surgery and first postnatal week by an emergency cesarean section. *Journal of Japan Academy of Midwifery*, 22(1), 37 - 48. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjam/22/1/22_1_37/_pdf