



ความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรรค์ ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลประจำจังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย*

เนตรชนก แก้วจันทา พย.ม**, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ปรด.**, ยูพา ถาวรพิทักษ์ พบ.ม***,
นิลุบล รุจิรประเสริฐ ปรด.**, อิงคภา โคตนารา พย.ม**, ชมพูนุท กาบคำบา พย.บ**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรรค์
ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นตั้งครรรค์ที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี จำนวน 627 ราย สุ่มอย่าง
ง่ายโดยใช้ช่วงระยะเวลาที่กำหนด เลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ของ
โรงพยาบาลจังหวัดทั้ง 20 จังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เก็บข้อมูลโดย
การใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้คือการวิเคราะห์เชิงเดียวและการถดถอยพหุลอจิสติก

ผลการศึกษา พบความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรรค์ ร้อยละ 19.82 ผลการ
วิเคราะห์ถดถอยพหุลอจิสติก พบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรรค์ได้แก่
การว่างงาน พฤติกรรมการใช้สารเสพติด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รูปแบบการเผชิญ
ปัญหา ระดับการศึกษาของสามี การถูกรังแกรุนแรง เศรษฐฐานะ การสนับสนุนทางสังคม และ
สัมพันธ์ภาพกับสามี

สรุป จากผลการศึกษาบ่งชี้ว่าควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
ส่งเสริมรูปแบบการเผชิญปัญหา รณรงค์ห้ามใช้สารเสพติดในระหว่างตั้งครรรค์ และให้ความรู้
กับบุคคลที่ใกล้ชิดกับวัยรุ่นตั้งครรรค์ ในการดูแลและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น
ตั้งครรรค์ และภาครัฐควรมีหน่วยงานที่ชัดเจนในการดูแลช่วยเหลือกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรรค์ที่ว่างงาน
โดยการส่งเสริมทักษะทางอาชีพเพื่อให้กลุ่มนี้มีรายได้สามารถที่จะเลี้ยงดูตนเองและบุตรได้

คำสำคัญ วัยรุ่นตั้งครรรค์ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเผชิญปัญหา

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557; 59(3): 207-220

* ได้รับทุนสนับสนุนจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Prevalence of Depression in Adolescent Pregnancy in Antenatal Clinics, Provincial Hospital, Northeastern Thailand*

*Netchanok Kaewjanta RN, MNS***, *Somporn Rungreangkulki RN, Ph.D***,
*Yupa Thavornpitak M.Sc****, *Nilubon Rujiraprasert RN, Ph.D***,
*Ingkata Kotnara RN, MNS***, *Chompoonoot Kabkumba RN***

ABSTRACT

Objective : To study the prevalence and risk factors of depression regarding teenage pregnancy in Northeastern Thailand.

Method : A total of 627 pregnant teenagers aged between 13-19 years participated in the study. Simple random sampling was used to select those who attended antenatal clinics at the twenty hospitals in Northeastern Thailand. Collection of data was done questionnaire. Data were analyzed via univariate and multiple logistic regressions.

Results : Result finding indicated that 19.82% of subjects had experienced depression. Multiple logistic regressions showed that risk factors related to depressive disorder in teenage pregnancy were unemployment, drug use, low self esteem, coping strategies, education of husband, domestic violence, economic status, social support and intimate relationships.

Conclusions : The results of this study indicated that nursing activities should include activities to promote self-esteem and support coping strategies, campaign to eliminate drug use during pregnancy and adding to knowledge in the person co them; and recognizing the importance and prevention of depression amid teenage pregnancy. The government should set up specific care unit to help with teenage pregnancy unemployment by promoting and training career skills so they may care for themselves and their children.

Keywords : teenage pregnancy, depression, self-esteem, coping strategies

J Psychiatr Assoc Thailand 2014; 59(3): 207-220

* This study is supported by the Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

** Center for Research and Training on Gender and Women's Health. Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

*** Faculty of Public Health, Khon Kaen University

บทนำ

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับสอง รองจากโรคหัวใจขาดเลือด โดยเฉพาะในวัยรุ่นตั้งครรภ์ เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ คือมีอาการที่อ่อนไหว หงุดหงิด และแปรปรวนง่าย² ดั้งมีการศึกษาในต่างประเทศพบกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ มีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 25.9-47^{3,4} ซึ่งสูงกว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ที่พบการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 25.8-27.5^{5,6} สำหรับข้อมูลในประเทศไทยพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่เช่นเดียวกับข้อมูลในต่างประเทศ โดยพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ในประเทศไทยร้อยละ 20.6-47.01^{7,8} และพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยร้อยละ 12.51⁹ สอดคล้องกับการศึกษาที่มีการเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ประมาณ 2 เท่า คิดเป็น ร้อยละ 25.9 และ 11.1 ตามลำดับ³

จากปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ พบมีผลกระทบต่อมารดา ทารก ครอบครัวย และสังคม โดยพบวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้าทำให้ความอยากอาหารน้อยลง การนอนหลับพักผ่อนน้อยลง ทารกในครรภ์ตัวเล็กกว่าอายุครรภ์จริง ทารกที่คลอดออกมาพบค่าคะแนน apgar score ต่ำ และ เส้นรอบศีรษะของทารกเล็กกว่าปกติ¹⁰ มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 28 มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง สูงถึง ร้อยละ 11 มีภาวะคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 9 และ คลอดทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 13¹¹ และมีการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นตั้งครรภ์ พบวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าวัยรุ่น

ตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และมีผลกระทบต่อการทำ บทบาทหน้าที่ของมารดาหลังคลอดด้วย¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ ได้แก่ ระดับการศึกษา^{13,14} การมีอาชีพ^{13,14} การไม่มีคูครอง^{14,15} ประวัติการตั้งใจทำแท้ง¹³ เหตุการณ์ในชีวิต¹³ ประวัติการถูกระงับแรงในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา^{13,16} ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง^{10,8} การใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์^{10,16} ช่วงอายุครรภ์¹⁵ โดยพบช่วงอายุครรภ์ในไตรมาสที่สองมีอัตราภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด รองลงมาคือไตรมาสที่ 1 และ 2 คิดเป็นร้อยละ 32.5, 17.3 และ 8.2 ตามลำดับ การปรับตัวในชีวิตสมรสและการมีสัมพันธภาพกับสามี⁸ การได้รับแรงสนับสนุนจากสามี¹⁴ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า^{8,13} การมีอาชีพของสามี¹⁴ รายได้ของครอบครัว⁸ และลักษณะครอบครัว⁸ โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวหรืออาศัยอยู่กับสามีเพียงลำพังมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย

ดังนั้นการที่ทราบถึงปัจจัยที่อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์จะทำให้ได้องค์ความรู้เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ ซึ่งศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านแพศภาวะและสุขภาพสตรีมีเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพผู้หญิงในจังหวัดที่อยู่ในภาคอีสานของประเทศไทย จึงได้ทำการศึกษาถึงความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ (ANC) ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดทั้ง 20 จังหวัด ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive study) เพื่อศึกษาความชุก ดังนั้นจึงเลือกใช้สูตรในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ เติมศรี ชานินจาริก¹⁷ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์เท่ากับ 47.1⁷ เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 435 ราย แต่การศึกษานี้ใช้วิธีการสุ่มโดยถือว่าโรงพยาบาลเป็นหน่วยสุ่ม (cluster sampling) ซึ่งการสุ่มแบบกลุ่มจะมีความแปรปรวนระหว่างกลุ่มและความแปรปรวนระหว่างบุคคล ขนาดของตัวอย่างจึงต้องปรับเพิ่มขึ้นโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายแล้วปรับด้วยค่า design effect¹⁸ ดังนั้นการศึกษานี้จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 653 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยใช้ช่วงเวลากำหนด โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2555 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 เลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจังหวัดทั้ง 20 จังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ อายุครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ การวางแผนการตั้งครรภ์ สถานภาพสมรส สถานภาพการศึกษา การมีอาชีพ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง อายุของสามี ระดับการศึกษาของสามี การมีอาชีพของสามี สถานภาพการอาศัยอยู่กับสามี การใช้สารเสพติด การวางแผนการตั้งครรภ์

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า CES-D ฉบับภาษาไทย (Center of Epidemiology Scale Depression) แปลและพัฒนาโดย อุมพร ตรังคสมบัติ และคณะ¹⁹ ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.86 มีค่าความไว เท่ากับ 72 และค่าคะแนนที่ 22 เป็นจุดตัดที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ การแปลผลคะแนนจะนำคะแนนทั้งฉบับมารวมกัน ได้คะแนนมากกว่า 22 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

3. แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้จากแบบประเมินของ Rosenberg's self-esteem Scale ฉบับภาษาไทยของ Sriseang²⁰ ที่ได้นำมาใช้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินเท่ากับ 0.72 ประกอบด้วยข้อความ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ

4. แบบประเมินรูปแบบการเผชิญปัญหา ใช้แบบประเมินที่ อัฐฉญา แพทย์ศาสตร์²¹ ได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดวิธีการเผชิญปัญหา (the ways of coping) ของ ลาซารัส และ โพลค์แมน ได้ปรับข้อความในแบบวัดให้มีความสอดคล้องกับบริบทของสถานการณ์การศึกษา โดยเหลือข้อความ 40 ข้อ และได้ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน และได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ

5. แบบประเมินสัมพันธภาพกับสามีหรือแฟน เป็นแบบประเมินที่ นุชจรี อิมมาก²² ดัดแปลงมาจาก จารวรรณ ชูปวา ที่ได้แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับตัวในชีวิตร่วม (dyadic adjustment scale) ซึ่งสร้างโดย Spanier และความเชื่อมั่นได้ครอนบาคเท่ากับ 0.94 ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ

6. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม นำมาจาก นุชจรี อิ่มมาก²² ที่ได้ดัดแปลงมาจากของ Srisaeng ที่แปลมาจาก The multidimension scale of perceived social support ค่าความเชื่อมั่นของครอนบาชแอลฟา เท่ากับ 0.88 ซึ่งประเมินเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม จาก 3 แห่ง คือ ครอบครัว บุคคลที่มีความหมายกับชีวิต และเพื่อน ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ

7. แบบประเมินการถูกรังแกทำรุนแรง นำมาจากแบบคัดกรองความรุนแรงที่เกิดกับสตรีตั้งครรภ์ที่ Chatchawanwit²³ ได้ดัดแปลงมาจาก Thananowan ได้แปลมาจากแบบประเมิน abuse assessment screen ของ McFarlane, Parker, Soeken, and Bullock ค่าความเชื่อมั่นของครอนบาชแอลฟา เท่ากับ 0.74 ซึ่งหากวัยรุ่นตั้งครรภ์มีการตอบแบบสอบถามว่า “เคย” เพียง 1 ข้อ ในการถูกรังแกทำรุนแรงด้านใดก็ถือว่ามีการถูกรังแกทำรุนแรงด้านนั้นๆ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจำจังหวัด ทั้ง 20 จังหวัดที่อยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย และให้ผู้ช่วยนักวิจัยในแต่ละโรงพยาบาล ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมจากกลุ่มอาสาสมัครเพื่อตอบแบบสอบถาม เมื่ออาสาสมัครยินยอม ผู้ช่วยวิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มอาสาสมัครตอบและจากนั้นผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล นำเข้าข้อมูลสองครั้ง (double data entry) ด้วยโปรแกรม EpiInfo version 3.5.3 ตรวจสอบความถูกต้อง ความสอดคล้องกันของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA 10 โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการถ่วงน้ำหนักด้วยค่าน้ำหนักจากการสุ่มตัวอย่าง โดยวิเคราะห์หาค่าความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ด้วย 95% CI วิเคราะห์ความสัมพันธ์ แบบ univariate analysis โดยการใช้สถิติ chi-square และ logistic regression เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และหาค่า odd ratio วิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ แบบ multivariate analysis ด้วย multiple logistic regression

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 627 ราย มีอายุเฉลี่ย 17.06 ปี อายุระหว่าง 13-17 ปี ร้อยละ 57.89 มีระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า ร้อยละ 87.56 กำลังเรียนหนังสือ ร้อยละ 18.21 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 32.22 มีเศรษฐกิจไม่เพียงพอ ร้อยละ 19.17 มากกว่าครึ่งคือ ร้อยละ 52.47 ที่ไม่ได้ทำงานหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ และอาศัยอยู่กับสามี ร้อยละ 80.38 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์พบว่า มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 51.99) มีอายุครรภ์ในไตรมาสที่ 3 พบมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 12.74 เป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์หรือเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน มีมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 58.02) และส่วนมากกว่าร้อยละ 82.82 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก และเคยมีประวัติการแท้งบุตร ร้อยละ 9.97

ส่วนข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของสามีพบว่า ประมาณ 2 ใน 3 (ร้อยละ 63.23) ที่สามีมีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่น คืออายุน้อยกว่าและเท่ากับ 21 ปี มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือสูงกว่า ร้อยละ 81.66 และพบว่าเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 91.87) สามีมีอาชีพหรือมีการประกอบอาชีพ ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงพบว่า มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 11.80 มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง ร้อยละ 38.30 มีรูปแบบการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่ปัญหาและมุ่งเน้นที่อารมณ์ต่ำ ร้อยละ 74.22 ส่วนมาก มีสัมพันธภาพกับสามีในระดับดีและดีมากกว่าร้อยละ 54.59, 28.23 ตามลำดับ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ร้อยละ 63.55 และ มีประวัติเคยถูกกระทำรุนแรงในระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 39.39

ข้อมูลภาวะซึมเศร้า จากการใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 19.82 ด้วยความเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่างร้อยละ 11-28

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์แบบ

univariate analysis พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ ได้แก่ ปัจจัยด้านการอาศัยอยู่กับสามี พฤติกรรมการใช้สารเสพติด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รูปแบบการเผชิญปัญหา ระดับการศึกษาของสามี การมีอาชีพ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ การถูกกระทำรุนแรง เศรษฐฐานะ การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพกับสามี และการวางแผนการตั้งครรภ์ (ตารางที่ 1)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์แบบ multivariate analysis จากการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกพหุ (multiple logistic regression) โดยนำตัวแปรเข้าแบบ forward stepwise (likelihood ratio) เมื่อควบคุมผลกระทบจากปัจจัยอื่นพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์มี 9 ปัจจัย ได้แก่ การมีอาชีพ พฤติกรรมการใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รูปแบบการเผชิญปัญหา ระดับการศึกษาของสามี การถูกกระทำรุนแรง เศรษฐฐานะ การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพกับสามี (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์แบบ univariate analysis (n=455)

ข้อมูลพื้นฐาน/ปัจจัยที่สัมพันธ์	กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา				OR	(95%CI)	p-value	
	ไม่ซึมเศร้า		ซึมเศร้า					
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)				
1.1 อายุ (ปี)								
	13-17	214	(78.39)	59	(21.61)	0.97	(0.53-1.76)	0.91
	18-19	141	(77.47)	41	(22.53)	1		
1.2 ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	37	(77.08)	11	(22.29)	1.23	(0.45-3.07)	0.64
	≥ มัธยมศึกษา	318	(78.13)	89	(21.87)	1		
1.3 สถานภาพทางการศึกษา	ไม่	298	(78.7)	79	(21.29)	0.88	(0.40-1.93)	0.73
	กำลังศึกษา	63	(75)	21	(25)	1		
1.4 สถานภาพสมรส	โสด	106	(74.13)	37	(25.87)	1.40	(0.79-2.47)	0.23
	สมรสหรือคู่	249	(79.81)	63	(20.19)	1		
1.5 สถานภาพการอาศัยอยู่กับสามี	ไม่	60	(64.52)	33	(35.48)	2.35	(1.15-4.78)	0.02*
	อยู่	295	(81.49)	67	(18.51)	1		
1.6 การมีอาชีพ	ไม่	191	(75.79)	61	(24.21)	1.63	(0.79-3.34)	0.17
	มี	164	(80.79)	39	(19.21)	1		
1.7 พฤติกรรมการใช้สารเสพติด	ไม่ใช้	327	(82.58)	69	(17.42)	1		
	ใช้	28	(47.46)	31	(52.54)	4.94	(2.15-11.36)	<0.01*
1.8 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	ต่ำ-ปานกลาง	276	(67.02)	91	(32.98)	9.08	(3.72-22.11)	<0.01*
	สูง	170	(94.97)	9	(5.03)	1		
1.9 รูปแบบการเผชิญปัญหา	มุ่งเน้นที่ปัญหาและอารมณ์ต่ำ	272	(80.71)	65	(19.29)	0.50	(0.28-0.88)	0.02*
	มุ่งเน้นที่ปัญหาและอารมณ์สูง	83	(70.34)	35	(29.66)	1		
1.10 อายุครรภ์	ไตรมาส 1, 2	174	(79.14)	45	(20.55)	1		
	ไตรมาส 3	181	(76.69)	55	(23.31)	1.12	(0.67-1.87)	0.64
1.11 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	1	298	(79.26)	78	(20.74)	1		
	≥2	57	(72.15)	22	(27.85)	1.28	(0.56-2.92)	0.53
1.12 ประวัติการแท้ง	ไม่เคย	322	(79.51)	83	(20.49)	1		
	เคย	33	(66)	17	(34)	1.71	(0.72-4.09)	0.20
1.13 อายุของสามี	≤ 21 ปี	221	(75.43)	72	(24.57)	1.41	(0.78-2.58)	0.23
	≥ 22 ปี	134	(82.72)	28	(17)	1		
1.14 ระดับการศึกษาของสามี	ประถมศึกษา	73	(87.95)	10	(12.05)	0.52	(0.30-0.92)	0.02*
	≥มัธยมศึกษา	282	(75.81)	90	(24.19)	1		
1.15 การประกอบอาชีพของสามี	ไม่	22	(64.71)	12	(35.29)	1.95	(1.04-3.66)	0.03*
	มี	333	(79.10)	88	(20.90)	1		
2.1 ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์	ไม่มี	319	(80.76)	76	(19.24)	1		
	มี	36	(60)	24	(40)	2.68	(1.24-5.18)	<0.01*
2.2 การถูกกระทำรุนแรง	ไม่เคย	233	(83.81)	45	(16.19)	1		
	เคย	122	(68.93)	55	(31.07)	2.33	(1.14-4.75)	0.02*
3.1 เศรษฐฐานะ	ไม่เพียงพอ	49	(52.13)	45	(47.87)	4.99	(2.27-10.91)	<0.01*
	เพียงพอ	306	(84.76)	55	(15.24)	1		
3.2 สัมพันธภาพกับสามี	ไม่ดี-ปานกลาง	35	(44.87)	43	(55.13)	7.48	(3.93-14.16)	<0.01*
	ดี-ดีมาก	320	(84.88)	57	(15.12)	1		
3.3 การสนับสนุนทางสังคม	ไม่-น้อย	50	(53.19)	44	(46.81)	4.91	(1.85-13.01)	<0.01*
	ปานกลาง -มาก	305	(84.49)	56	(15.51)	1		
3.4 การวางแผนการตั้งครรภ์	ไม่วางแผน	194	(71.32)	78	(28.68)	2.86	(1.22-6.67)	<0.01*
	วางแผน	161	(87.98)	22	(12.02)	1		

หมายเหตุ * significant ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติ multiple logistic regressions

ปัจจัยทำนาย	Crude OR	Adjust OR	(95%CI)	P-value
1.1 การมีอาชีพ				
ไม่	1.63	1.92	(1.05-3.51)	0.03 [*]
มี	1	1		
1.2 พฤติกรรมการใช้สารเสพติด				
ไม่ใช้	1	1		
ใช้	4.94	3.11	(1.40-6.94)	<0.01 [*]
1.3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง				
ต่ำ-ปานกลาง	9.08	9.36	(4.08-21.44)	<0.01 [*]
สูง	1	1		
1.4 รูปแบบการเผชิญปัญหา				
มุ่งเน้นที่ปัญหาต่ำ และใช้อารมณ์ต่ำ	0.50	0.21	(0.10-0.41)	<0.01 [*]
มุ่งเน้นที่ปัญหาสูง และใช้อารมณ์สูง	1	1		
1.5 ระดับการศึกษาของสามี				
ประถมศึกษา	0.52	0.40	(0.17-0.97)	0.04 [*]
≥มัธยมศึกษา	1	1		
2.1 การถูกกระทำรุนแรง				
ไม่เคย	1	1		
เคย	2.33	2.04	(1.11-3.74)	0.02 [*]
3.1 เศรษฐฐานะ				
ไม่เพียงพอ	4.99	2.61	(1.36-5.03)	0.04 [*]
เพียงพอ	1	1		
3.2 การสนับสนุนทางสังคม				
ไม่-น้อย	4.91	2.55	(1.28-5.08)	<0.01 [*]
ปานกลาง-มาก	1	1		
3.3 สัมพันธภาพกับสามี				
ไม่ดี-ปานกลาง	7.48	2.64	(1.25-5.57)	<0.01 [*]
ดี-ดีมาก	1	1		

หมายเหตุ * significant ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้พบความชุกการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ร้อยละ 19.82 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยที่มีการศึกษาในวัยรุ่นตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราช พบความชุกร้อยละ 20.6⁸ ทั้งนี้เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่วนมากเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ไม่ได้มีการวางแผนการตั้งครรภ์ ต้องหยุดเรียน ไม่มีงานทำ²⁴ ดังผลการศึกษาที่ผ่านมาพบปัจจัยด้านการไม่มีอาชีพ

มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์^{13,14} และการที่วัยรุ่นมีการตั้งครรภ์พบส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์ ดังมีการศึกษาพบมารดาที่มีอายุน้อยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางเพิ่มขึ้น และมีปัญหาความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์²⁵ ซึ่งปัจจัยและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมาล้วนส่งผลให้วัยรุ่นตั้งครรภ์เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นจึงพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์สูงกว่าหญิงตั้ง

ครรภ์วัยผู้ใหญ่³ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่อยู่ในชุมชน พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ในชุมชนสูงกว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ดังผลการศึกษาในวัยรุ่นตั้งครรภ์ชาวแม็กซิกันที่เก็บข้อมูลในชุมชนพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในช่วงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 2 สูงถึงร้อยละ 32.5¹⁵ ทั้งนี้เนื่องกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลอาจจะผ่านพ้นระยะวิกฤตหรือระยะที่เกิดความยุ่งยากใจ มีการยอมรับการตั้งครรภ์ กล้าที่จะเปิดเผยข้อมูล จึงตัดสินใจมารับบริการฝากครรภ์ จึงพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลต่ำกว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ในชุมชน

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์

เศรษฐกิจและการมีอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบรายได้ของครอบครัวและการว่างงานของวัยรุ่นตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์^{8,13,14} ปัญหาเศรษฐกิจและการว่างงานส่งผลให้วัยรุ่นตั้งครรภ์เกิดความเครียดและวิตกกังวล โดยเฉพาะผู้หญิงที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลครอบครัว ดูแลเรื่องอาหารการกินและเรื่องค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวทำให้ผู้หญิงเกิดความเครียดและวิตกกังวล ดังมีการศึกษาพบผู้หญิงรับรู้ว่าบทบาทความเป็นผู้หญิงที่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัวไม่มีเวลาหยุดมีเรื่องให้คิด แก้ไขปัญหา โดยเฉพาะเรื่องการจัดสรรเงินให้พอใช้จ่ายในครอบครัวทำให้ผู้หญิงเกิดโรคซึมเศร้า²⁶

พฤติกรรมการใช้สารเสพติดและรูปแบบการเผชิญปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบรูปแบบการเผชิญปัญหาที่มุ่งที่อารมณ์สามารถร่วมทำนายนการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้²⁷ เนื่องจากกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีรูปแบบการเผชิญปัญหาที่มุ่งเน้นที่ปัญหา

และอารมณ์สูง จะมีการคิดทบทวนเวียนอยู่กับปัญหาจนเกิดความเครียดและวิตกกังวลกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งบางคนอาจจะใช้วิธีการจัดการปัญหาโดยหันไปใช้สิ่งเสพติดเพื่อลดความเครียด ความกดดัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบพฤติกรรมกรมการใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์^{10,16}

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการถูกกระทำรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า^{8,10,13} โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงาน ซึ่งครอบครัวและสังคมไทยมองว่าเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม เป็นผู้หญิงใจง่ายเป็นเด็กใจแตก “ซิงสุกก่อนห้าม” ส่งผลให้วัยรุ่นตั้งครรภ์รู้สึกกว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่มีคุณค่า สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมในประเทศไทย พบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่แต่งงานได้ให้ความหมายของวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ไม่แต่งงาน คือ “การถูกลดคุณค่า” และ “การสิ้นสุดชีวิตวัยรุ่น”²⁸ โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ถูกกระทำรุนแรงจะรู้สึกหวาดกลัว ไม่ปลอดภัย เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล และนำสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังผลการศึกษาพบประวัติการถูกกระทำรุนแรงในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์^{13,16}

ระดับการศึกษาของสามี กลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่สามีมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่สามีมีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มสามีที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวนทั้งหมด 83 ราย มีอายุเฉลี่ย 22.25 ปี (SD=4.46) โดยพบว่าส่วนมากอยู่ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่คือมีอายุตั้งแต่ 21-40 ปี กว่าร้อยละ 62.8 ซึ่งวัยผู้ใหญ่ถือว่าเป็นวัยที่มีความพร้อมในหลายๆ ด้าน ทั้งด้าน

อารมณ์ ความคิด ความรับผิดชอบ และพบว่าสามีที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษามีการประกอบอาชีพกว่าร้อยละ 98.8 ได้แก่ ทำไร่ ทำนา รับจ้างทั่วไป ซึ่งถือว่ามีควมพร้อมในการหารายได้เพื่อมาดูแลครอบครัว โดยพบวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีสามีมีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีสถานภาพสมรสกว่าร้อยละ 88 นั้นแสดงว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์กลุ่มนี้ส่วนมากไม่ต้องวิตกกังวลหรือกลัวสังคมจะมองว่า “ท้องไม่มีพ่อ” และพบว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีสามีมีระดับการศึกษาประถมศึกษา อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายกว่าร้อยละ 86.7 ซึ่งการอาศัยอยู่ในครอบครัวขยายจะทำให้มีแหล่งสนับสนุนและช่วยเหลือทางสังคม ดังผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดซึมเศร้าต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อาศัยอยู่กับสามีเพียงลำพัง⁹

สัมพันธ์ภาพกับสามีและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ดังมีการศึกษาพบการปรับตัวในชีวิตสมรสและการมีสัมพันธ์ภาพกับสามี⁹ การได้รับแรงสนับสนุนจากสามี¹⁴ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์^{8, 13} เนื่องจากการที่บุคคลมีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีกับสามี และขาดแหล่งช่วยเหลือแหล่งสนับสนุนทางสังคม เมื่อมีเรื่องเดือดร้อน เรื่องทุกข์ใจ ไม่สบายใจ จะเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีที่พึ่ง ขาดที่ปรึกษา ต้องเผชิญปัญหาโดยลำพัง เกิดความเครียด กัดดัน และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์

อายุ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง อายุของสามี และการประกอบอาชีพของสามี ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง

มีอายุที่ใกล้เคียงกัน (SD=1.46) และกลุ่มที่ศึกษาทั้งหมดถือว่าอยู่ในช่วงวัยรุ่นเหมือนกัน ซึ่งอาจจะมีความคิด ความเชื่อและวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้นจึงพบปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิพย์ กาศักดิ์ และคณะ⁸ ปัจจัยด้านภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ พบความแปรปรวนของข้อมูลน้อย ประกอบกับภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ ภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะคลื่นไส้อาเจียน วิงเวียนศีรษะ ซึ่งถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรงจึงทำให้กลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่เครียดหรือวิตกกังวลกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติแท้งมีน้อยมากคิดเป็นร้อยละ 9.97 ทำให้ความแปรปรวนของข้อมูลน้อยจึงพบว่าปัจจัยด้านประวัติการแท้งไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ แตกต่างจากการศึกษาของ Coelho et al¹³ พบวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีประวัติการแท้งโดยตั้งใจ (abortion intention) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้สอบถามหรือระบุว่า เป็นลักษณะการแท้งแบบตั้งใจหรือไม่ได้ตั้งใจ จึงพบว่าปัจจัยด้านการมีประวัติแท้งไม่สัมพันธ์กับการเกิดซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านอายุของสามี พบกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีสามีที่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 53.55 สามีมีอายุเฉลี่ย 21.16 ปี ซึ่งการที่บุคคลมีอายุที่ใกล้เคียงกันอาจจะมีความคิดและวิธีการเผชิญปัญหาหรือแก้ไขปัญหาที่ใกล้เคียงกัน และปัจจัยด้านการประกอบอาชีพของสามี พบความแปรปรวนของข้อมูลน้อย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีสามีประกอบอาชีพกว่าร้อยละ 92.53 และกว่าร้อยละ 90.56 อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายทำให้มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ดังที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง-มาก กว่าร้อยละ 82.1

ระดับการศึกษา การวางแผนการตั้งครรภ์ สถานภาพสมรส การอาศัยอยู่กับสามี จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และสถานภาพทางการศึกษา พบไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบปัจจัยด้านระดับการศึกษา⁸ การวางแผนการตั้งครรภ์⁹ สถานภาพสมรส^{8, 13} ไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 85.65 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ซึ่งการที่บุคคลมีระดับการศึกษาที่เท่าเทียมกันและอายุที่ใกล้เคียงกัน อาจมีลักษณะความคิดและการจัดการปัญหาที่ใกล้เคียงกัน ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส พบกลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 97.92 อาศัยอยู่ร่วมกับสามีหรืออยู่กับพ่อแม่ของสามีนั้นแสดงว่าได้รับการยอมรับจากสามีหรือครอบครัวของสามีในการแสดงความรับผิดชอบต่อการตั้งครรภ์ถึงแม้ไม่ได้จดทะเบียนสมรสหรือเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน จากการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าปัจจัยด้านสถานภาพสมรส การวางแผนการตั้งครรภ์ไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านการพักอาศัยอยู่กับสามีพบไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 99.84 อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ถึงไม่ได้พักอาศัยอยู่กับสามีก็มีแหล่งที่คอยช่วยเหลือหรือมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยด้านจำนวนครั้งในการตั้งครรภ์และสถานภาพทางการศึกษาพบมีความแปรปรวนของข้อมูลน้อย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 82.63 ตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครั้งแรก และกว่าร้อยละ 82.58 ไม่ได้เรียนหนังสือ จึงทำให้ผลการศึกษาค้นครั้งนี้พบปัจจัยด้าน จำนวนครั้งในการตั้งครรภ์และสถานภาพทางการศึกษาไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การ

เรียนหรือไม่เรียนไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์¹⁵

อายุครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบอายุครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์^{8,15} ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 51.99) มีอายุครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาสที่ 3 ซึ่งอาจจะผ่านพ้นระยะวิกฤตหรือช่วงที่มีความยุ่งยากในปัญหาการตั้งครรภ์ และยอมรับกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ประกอบกับช่วงไตรมาสที่ 3 เป็นช่วงที่ทารกในครรภ์สามารถเคลื่อนไหวได้ทำให้วัยรุ่นตั้งครรภ์รับรู้และรู้สึกถึงความผูกพันที่มีต่อบุตรในครรภ์ ดังมีการศึกษาพบวัยรุ่นตั้งครรภ์รู้สึกรักและผูกพันกับบุตรในครรภ์ตั้งแต่บุตรในครรภ์เริ่มเดินได้²⁹

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้

กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ ต้องตระหนักและให้ความสำคัญในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ทุกราย เพื่อให้การช่วยเหลือและป้องกันไม่ให้เกิดโรคซึมเศร้าที่รุนแรงตามมาได้

หน่วยงานสุขภาพที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมรูปแบบการเผชิญปัญหาหรือการจัดการความเครียดที่เหมาะสม และรณรงค์ห้ามใช้สารเสพติดในระหว่างตั้งครรภ์ รณรงค์ให้ความรู้เพื่อให้บุคคลที่ใกล้ชิดติดกับกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ เช่น สามีหรือแฟน พ่อแม่ และสมาชิกในครอบครัวได้ตระหนักถึงความสำคัญและทราบถึงวิธีการในการดูแลและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ เช่น ในสมุดฝากครรภ์ควรมีข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดซึมเศร้าในช่วงตั้งครรภ์ เป็นต้น

ภาครัฐควรมีหน่วยงานที่ชัดเจนในการดูแลช่วยเหลือกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ว่างงานหรือมีปัญหาเศรษฐกิจ โดยการส่งเสริมทักษะทางอาชีพเพื่อให้กลุ่มนี้มีรายได้ สามารถที่จะเลี้ยงดูตนเองและบุตรที่จะเกิดมาได้ มีกฎหมายและนโยบายที่ชัดเจนในการคุ้มครองและช่วยเหลือกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ได้รับการถูกรังแก รุนแรงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการรณรงค์ ยุติความรุนแรงในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์

ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ การตระหนักรู้ของสามี และการมีส่วนร่วมในการดูแลภรรยา ขณะที่ตั้งครรภ์ รวมถึงควรมีการศึกษาวิจัยถึงรูปแบบ หรือกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมหรือสนับสนุนเพื่อให้กลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์มีสัมพันธภาพที่ดีกับสามีหรือแฟน เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross sectional study) จึงทราบได้เพียงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ แต่ไม่ทราบว่าปัจจัยใดเป็นเหตุหรือผลของภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตั้งครรภ์ เช่น พฤติกรรมการใช้สารเสพติด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพกับสามีหรือแฟน และการถูกรังแก รุนแรง เป็นต้น ดังนั้นถ้าต้องการทราบเหตุและผลของปัจจัยที่แน่ชัดจึงควรศึกษาแบบ cohort study future monitoring survey หรือ longitudinal study

2. การศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่เปราะบางและคำถามหรือแบบสอบถามบางข้อเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธหรือไม่สะดวกใจที่จะพูดคุยหรือให้ข้อมูล ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้เก็บข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างมาก

บางครั้งหากมีการสัมภาษณ์ข้อมูลบางประเด็น เช่น เรื่องการถูกรังแก รุนแรง อาจจะมีการสัมภาษณ์หรือสอบถามในห้องที่เป็นส่วนตัวซึ่งอาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลและทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนในการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Kerr LK, Kerr LD. Screening tools for depression in primary care. *The Western Journal of Medicine* 2001; 175:349-52.
2. Jutopama M. *Psychological Counseling for Adolescents*. Educational Buriram Rajabhat University; 2004.
3. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescents and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10:103-9.
4. Ginsburg GS, Baker EV, Mullany BC, Barlow A, Goklish N, Hastings R, et al. Depressive symptoms among reservation-based pregnant American Indian adolescents. *Matern Child Health J* 2008; 12:110-8.
5. Golbasi Z, Kelleci M, Kisacik G. Prevalence and correlated of depression in pregnancy among Turkis women. *Matern Child Health Journal* 2012; 14:485-91.

6. Husain N, Parreen A, Husain M, Saeed Q, Jafri F, Rahman R, et al. Prevalence and psychosocial correlated of perinatal depression: A cohort study from urban pakistan. *Arch Womens Ment Health* 2011; 14:395-403.
7. Nirattharadorn M, Phancharoenworakul K, Gennaro S, Vorapongsathorn T, Sitthimongkol Y. Self-esteem, social support, and depression in Thai adolescent mother. *Thai Journal of Nursing Research* 2005; 9:62-74.
8. Kasak R, Serisathien Y, Bangpichet A. Factor predicting depression in adolescent pregnancy women. *Journal of Nursing Science* 2013; 31:38-48.
9. Rodpipat S. Relationships between age, perceived pregnancy risks, perceived marital competence, marital relationship, social support, and antepartum depression. Master's Thesis, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; 2004.
10. Marcus SM. Depression during pregnancy: rates risks and consequences-mothe risk update 2008. *The Canadian Journal of Clinical Pharmacology* 2008; 16:15-22.
11. Hodgkinson SC, Colantuoni E, Roberts D, Berg-Cross L, Belcher HM. Depressive symptoms and birth outcomes among pregnant teenagers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2010; 23:12-6.
12. Nicholson WK, Stese R, Hill-Briggs F, Cooper IA, Strobino D, Powe NR. Depressive symptom and health-related quality of life in early pregnancy. *American College of Obstetricians and Gynecologists* 2006; 107:798-6.
13. Coelho FMC, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo LA, Souza LDM, Custelli RD, et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlateds. *Rev Bras Psiquiatr* 2013; 35:051-6.
14. Figueiredo B, Bifulco A, Pacheco A, Costa R, Magarinho, R. Teenage pregnancy, attachment style and depression: A comparison of teenage and adult women pregnancy in a Portuguese series. *Attachment & Human Development* 2006; 8:123-38.
15. Lara MA, Berenzon S, Garcia FJ, Medina-Mara ME, Rey GN, Velazquez JAV, et al. Population study of depressive symptoms and risk factors in pregnant and parenting Mexican adolescents. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31:102-8.
16. Tzilos GK, Zlotnick C, Raker C, Kuo C, Phipps MG. Psychosocial factors associated with depression severity in pregnant adolescents. *Arch Womens Ment Health* 2012; 15: 397-401.
17. Chumnijarakij T. *Statistics foe medical Applications*. 5th edition. Chulalongkorn University; 1997.
18. Chirawatkul A. *Statistics for health science research*. Bangkok: Witayapat; 2009.
19. Trangkasombat U, Rubboomsump V, Havanont P. The CES-D screening for depression in adolescents 1997; 42:1-9.
20. Srisaeng P. Self-esteem, stressful life events, social support and postpartum depression in adolescent mother in Thailand. The degree of doctor of philosophy, Case Western Reserve University; 2003.

21. Patsat A. The effects of choice theory group counseling on coping strategies of the first year undergraduates students. Master degree of Education, Major Counseling Psychology, Burapa University; 2009.
22. Immak N, Sriseang P, Ungpansattawong S. The Relationships between self-esteem, marital relationship, social support, and psychological well-being in first-time pregnant adolescents. Journal of Nursing Science & Health 2009; 32:55-63.
23. Chatchawanwit N. Violence during pregnancy, health status and help seeking of abuse pregnancy women. Thesis of master degree of nursing science (Maternal-newbron and women health nursing), Faculty of graduate school, Mahidol University; 2008.
24. Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MM, Guinsbury R, Laranjera R. Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence os psychiatric disorders. Rew Bras Psiquitr 2006; 28:122-125.
25. Thaithae S, Thato R. Obsterrics and outcome of teenage pregnancies in Thailand. Journal of Pediatrics and Adolescent Gynecology 2010; 24:342-6.
26. Rungreangkulkij S, Chirawatkul S, Kongsuk T, Sukavaha S, Leejongpermpoon J, Sutatho Y. Sex or gender leading to a high risk of depression disorder in women. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2012; 57:61-74.
27. Koponda CPN. Coping and psychosocial adaptation of pregnant teenagers in Malawi. Thesis (Ph. D.) University of Illinois at Chicago; 1996.
28. Muangpin S, Tiansawad S, Kantaraksa K, Yimyam S, Vonderheid SC. Northeastern Thai adolescent's perceptions of being unmarried and pregnant. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2010; 14:149-61.
29. Kerisathien Y. Factors influencing maternal role adaptation during pregnancy of female adolescents. The degree of doctor of philosophy, Mahidol University; 2010.