



ภาวะซึมเศร้าของสตรีตั้งครรภ์ไม่เพียง ประสงค์ที่เข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์ ที่โรงพยาบาลห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

ภูษงค์ ไชยชิน

พ.บ., ส.ม.

วิจิตรา วาลีประโคน

พย.บ.

โรงพยาบาลห้วยราช อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective analytic cross sectional study) เพื่อประเมินและเปรียบเทียบระดับของภาวะซึมเศร้าของสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่เพียงประสงค์ที่เข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่คลินิกวัยรุ่นนโรงพยาบาลห้วยราชระหว่างช่วงก่อนและหลังการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากแฟ้มการให้บริการคลินิกวัยรุ่นนโรงพยาบาลห้วยราชระหว่างวันที่ 1 มี.ค. 2557-28 ก.พ. 2558 โดยใช้ข้อมูลผู้รับบริการที่มีข้อมูลครบถ้วน 71 คน ซึ่งได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI) ทั้งก่อนและหลังการยุติการตั้งครรภ์ แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติเชิงอนุมาน Wilcoxon Signed Ranks test เพื่อทดสอบสมมติฐาน ผลการศึกษาพบว่าก่อนได้รับการยุติการตั้งครรภ์ผู้รับบริการร้อยละ 74.7 มีอาการของภาวะซึมเศร้า และหลังยุติการตั้งครรภ์พบว่าผู้รับบริการร้อยละ 74.6 มีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง(ผลการรักษาดีขึ้น) เมื่อทดสอบด้วยสถิติเชิงอนุมานพบว่าระดับภาวะซึมเศร้าหลังการรับบริการยุติการตั้งครรภ์แตกต่างจากก่อนรับบริการอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$)ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จึงสรุปได้ว่าระดับของภาวะซึมเศร้าของสตรีตั้งครรภ์ไม่เพียงประสงค์หลังการรับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่คลินิกวัยรุ่นนรพ.ห้วยราช ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, การตั้งครรภ์ไม่เพียงประสงค์, การยุติการตั้งครรภ์, แบบทดสอบภาวะซึมเศร้าของ Beck

Depressive Disorder Among Unwanted Pregnancy Women Who Had Receiving Safe Abortion Services at Huairat Hospital, Buriram Province.

Puchong Chaichin M.D.,M.P.H.

Wijittra Waleeprakhon B.N.S

Huairat Hospital, Buriram Province, Thailand

Abstract

This retrospective analytical cross sectional study aimed to study and determine the difference of depression levels of unwanted pregnancy women who had received a safe abortion service from Teen Clinic at Huairat hospital, before-and-after abortion. The secondary data was collected from service folder of female patients who had received a safe abortion service from Teen Clinic, during March 2014 to February 2015. This research included 71 complete clinical information patient's folders. Depression levels were evaluated both before and after abortion with Beck Depression Inventory (BDI). Patient demographic was analyzed by descriptive statistics and Wilcoxon Signed Ranks statistics was used to test the hypothesis. The study found that most patients (74.7%) had depressive disorder before received a safe abortion service. The follow up after abortion found that 74.6% of the patients had decrease in depression levels. Analytical statistics was confirmed the significant different of depression levels before-and-after abortion($P < 0.001$, 95% CI). In conclusion depression level of unwanted pregnancy woman after received a safe abortion services from Teen Clinic Huairat hospital had significant decrease.

Key words : Teen Clinic, Depression, Unwanted Pregnancy, Safe abortion

■ บทนำ

กรมอนามัย โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในระบบเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2556

พบว่า สัดส่วนของการทำแท้งมีแนวโน้มสูงขึ้น⁽¹⁾ และการตั้งครรภ์ที่นำมาสู่การทำแท้งกว่าร้อยละ 60 เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ ประชากรหญิงโดยทั่วไปประมาณร้อยละ



ละ 11-12 จะมีภาวะความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต เช่น วิตกกังวล หรือซึมเศร้า Gavin และ คณะ⁽²⁾ เคยศึกษาพบว่ามีความชุกภาวะซึมเศร้าของ มารดาในช่วงปริกำเนิดร้อยละ 10 -15 แต่ในกลุ่มหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์จะมีภาวะดังกล่าวเพิ่มขึ้นถึง 1 ใน 3 แต่ถ้าหากต่อมาหญิงเหล่านั้นได้รับการยุติการตั้งครรภ์กลับพบว่าไม่ปรากฏการเพิ่มขึ้นของปัญหาทางสุขภาพจิตดังกล่าว⁽³⁾

การศึกษาภาคตัดขวางของ Orr และ Miller⁽⁴⁾พบว่าภาวะซึมเศร้าในช่วงปริกำเนิด มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ แต่ยังมีการศึกษาไม่มากนักที่จะบอกว่าปัจจัยใดเป็นเหตุ ปัจจัยใดเป็นผล ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ในการศึกษาของ Christensen และคณะ⁽⁵⁾ พบว่าสตรีในกลุ่มที่ตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจจะมีอาการซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ตั้งครรภ์โดยตั้งใจถึง 4 เท่า(RRR=3.79, $p<0.05$) ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่พบมักจะสูงขึ้นภายหลังจากการคลอด แต่จากข้อมูลที่น่าเสนอในการศึกษาของ Christensen และคณะนั้นจะเห็นว่าในช่วงก่อนคลอดภาวะซึมเศร้าสตรีในกลุ่มที่ตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจจะสูงกว่ากลุ่มตั้งครรภ์โดยตั้งใจในทุกครั้งของการทดสอบ

เขตรบริการสุขภาพที่ 9 ได้มีการจัดตั้ง เครือข่ายการดูแลและส่งต่อวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เพื่อป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัยโดยใช้ชื่อว่า TEEN UP CARE⁽⁶⁾ที่ย่อมาจาก Teen Unwanted Pregnancy Care ซึ่งดำเนินงานภายใต้มาตรการ 4 safe คือ Safe Virgin, Safe Sex, Safe maternal and child และ Safe abortion

ในส่วนของมาตรการ safe abortion นั้น

โรงพยาบาลในเครือข่าย TEEN UP CARE ได้ร่วมกันวางแผนทางการให้บริการเพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายและข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ ตามมาตรา 305 แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2548 โดยผู้รับบริการทุกรายจะต้องได้รับการประเมินความผิดปกติด้านอารมณ์และจิตใจ ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถามของกรมสุขภาพจิต และแบบสอบถาม Beck Depression Inventory ฉบับภาษาไทย จากนั้นจะให้บริการตามแนวทางการให้บริการ ซึ่งผู้รับบริการสามารถเลือกวิธีการยุติการตั้งครรภ์ที่เหมาะสม ตามที่แพทย์ได้ให้คำแนะนำและทางเลือกจนเข้าใจดีแล้ว

หลังจากรับบริการไปแล้ว 10-12 สัปดาห์ จะมีการส่งแบบสอบถามหลังรับบริการพร้อมแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถามและ Beck Depression Inventory ไปให้ผู้รับบริการตอบตามที่อยู่ที่ได้แจ้งไว้ เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่

จึงเป็นที่น่าสนใจว่าการให้บริการการยุติการตั้งครรภ์ตามมาตรการ safe abortion จะสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในสตรีเหล่านี้ได้หรือไม่ ซึ่งหากบริการดังกล่าวสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ ก็จะสามารถนำไปเป็นข้อมูลอ้างอิงในการจัดบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ เพื่อจะสามารถลดอัตราป่วยของภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา และการตั้งครรภ์ไม่ได้ตั้งใจได้ และยังช่วยลดอัตราการแท้งที่ไม่ปลอดภัยลง ช่วยให้ประเทศไทยประหยังบประมาณด้านการรักษาได้อีกด้วย

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อประเมินและเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการรับบริการยุติการตั้งครรภ์ของสตรีที่เข้ารับบริการ

■ วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Analytic Cross sectional study) โดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่คลินิกวัยรุ่น รพ. ห้วยราชระหว่างวันที่ 1 มี.ค. 2557-28 ก.พ. 2558 ของหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและไม่อยู่ในเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา โดยเลือกเฉพาะแฟ้มที่มีข้อมูลครบถ้วน ซึ่งชุดเอกสารการให้บริการยุติการตั้งครรภ์สำหรับสตรีตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จะประกอบด้วยแบบสอบถามด้านข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการได้แก่ อายุ ที่อยู่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และประวัติการตั้งครรภ์ แบบประเมินภาวะเครียด และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับกรมสุขภาพจิตและแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory ฉบับภาษาไทยก่อนการรับบริการ และอีกส่วนหนึ่งเป็นแบบสอบถามหลังรับบริการ ซึ่งประกอบด้วยชุดเอกสารข้อมูลด้านพฤติกรรมทางเพศหลังยุติการตั้งครรภ์ของผู้รับบริการ ความพึงพอใจต่อการให้บริการและแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory ฉบับภาษาไทยหลังการรับบริการ

เมื่อตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนและความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้ในแต่ละแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วจึงทำการเตรียมข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel และนำเข้า

ข้อมูล ในโปรแกรม IBM SPSS statistic for Windows version 24.0[®] ในขณะที่บันทึกข้อมูลจะมีการตรวจสอบซ้ำอีกครั้งในความเป็นไปได้ของข้อมูล เพื่อให้มีความครบถ้วน สมบูรณ์มากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล และประมวลผล ในส่วนสถิติเชิงพรรณนา ใช้ จำนวน ร้อยละ อัตราค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงอนุมานใช้ Wilcoxon Signs Ranks test ในการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการยุติการตั้งครรภ์

■ ผลการศึกษา

จากการศึกษาแฟ้มประวัติการให้บริการของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการขอคำปรึกษาเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่คลินิกวัยรุ่น รพ.ห้วยราช อ.ห้วยราช จ.บุรีรัมย์ ในช่วงวันที่ 1 มี.ค. 2557-28 ก.พ. 2558 จำนวนทั้งสิ้น 263 คน มีผู้ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา 198 คนคิดเป็นร้อยละ 75.3 ในส่วนนี้มีผู้ส่งแบบสอบถาม Post test กลับมาถึงโรงพยาบาลห้วยราชภายในวันที่ 30 มิ.ย. 2558 จำนวน 132 คนคิดเป็นร้อยละ 66.7 ของผู้ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา พบว่ามีแบบสอบถามที่ข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์บางส่วนจึงทำการคัดออกจากการศึกษา มีแฟ้มที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์จำนวน 71 ชุด คิดเป็นร้อยละ 53.8

ผู้รับบริการร้อยละ 76.1 อยู่ในวัย 15- 34 ปีโดยมีอายุเฉลี่ย 22.82 ปี ผู้รับบริการอายุน้อยที่สุด 13 ปี และมากที่สุด 46 ปี มีผู้รับบริการที่มีอายุไม่เกิน 20 ปี ร้อยละ 49.3 แสดงให้เห็นว่าการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เกือบครึ่งหนึ่งพบในกลุ่มวัยรุ่น ผู้รับบริการร้อยละ 62.0 สถานภาพ



โสด รองลงมาคือกลุ่มสมรสแล้วและกลุ่มหย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 33.8 และ 4.2 ตามลำดับแสดงให้เห็นว่าการตั้งครรภไม่พึงประสงค์ พบในกลุ่มสตรีที่ยังไม่สมรสมากกว่ากลุ่มอื่น ในขณะที่ด้านการศึกษาผู้รับบริการร้อยละ 57.7 เป็นผู้ที่ยังกำลังศึกษาอยู่ และอีกร้อยละ 42.3 เป็นผู้ที่จบการศึกษาและไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษาแล้ว ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน บ่งบอกถึงว่าการตั้งครรภขณะที่ยังอยู่ในระบบการศึกษาอาจไม่ใช่สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้รับบริการตัดสินใจยุติการตั้งครรภผู้รับบริการร้อยละ 63.4 เป็นการตั้งครรภครั้งแรก ซึ่งมีผู้รับบริการที่เป็นการตั้งครรภมากที่สุดคือการตั้งครรภครั้งที่ 6 (ผู้รับบริการ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.4) โดยร้อยละ 64.8 มีอายุครรภไม่เกิน 12 สัปดาห์ ส่วนอายุครรภ 12-20 สัปดาห์และมากกว่า 20 สัปดาห์ มีจำนวนร้อยละ 29.6 และ 5.6 ตามลำดับ ผู้รับบริการร้อยละ 71.8 เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาในเขตจังหวัดบุรีรัมย์ โดยแยก

เป็นเขต อ.ห้วยราชร้อยละ 16.9 และอำเภออื่นๆ ร้อยละ 54.9 อีกทั้งยังมีผู้รับบริการที่มาจากจังหวัดอื่นๆ ในเขตนครชัยบุรินทร์อีกร้อยละ 25.4 และผู้รับบริการที่มาจากเขตอื่นอีกร้อยละ 2.8 แสดงให้เห็นว่ามีการแสวงหาบริการยุติการตั้งครรภในกลุ่มสตรีตั้งครรภไม่พึงประสงค์ ดังตารางที่ 1

จากการทดสอบด้วยแบบทดสอบภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI) พบว่า ก่อนการรับบริการยุติการตั้งครรภ ผู้รับบริการร้อยละ 74.7 มีอาการของภาวะซึมเศร้าโดยแบ่งเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก (Extreme depression) ร้อยละ 15.5 ระดับรุนแรง (Severe depression) ร้อยละ 26.8 ระดับปานกลาง (Moderate depression) ร้อยละ 22.5 และระดับเล็กน้อย (Borderline Clinical depression) ร้อยละ 9.9 พบว่าผู้รับบริการร้อยละ 7.0 ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังการยุติการตั้งครรภ พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่ร้อยละ

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มอายุ		
ไม่เกิน 15 ปี	5	7.0
15 - 20 ปี	30	42.3
20 - 34 ปี	24	33.8
35 ปีขึ้นไป	12	16.9
อายุต่ำสุด - สูงสุด (ปี)	13 - 46	
อายุเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	22.82 \pm 8.75	
สถานภาพ		
โสด	44	62.0
สมรส	24	33.8
หย่า/แยกกันอยู่	3	4.2

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ภูมิลำเนา		
ในเขต อ.ห้วยราช	12	16.9
ใน จ.บุรีรัมย์ นอกอ.ห้วยราช	39	54.9
นอก จ.บุรีรัมย์ ในเขตนครชัยบุรีรัมย์*	18	25.4
จังหวัดอื่นๆ นอกนครชัยบุรีรัมย์	2	2.8
การศึกษา		
กำลังศึกษา	41	57.7
ม.ต้น	5	7.0
ม.ปลาย/ปวช./ปวส.	21	29.6
ปริญญา	15	21.1
จบการศึกษา	29	40.9
ประถม	8	11.3
ม.ต้น	10	14.1
ม.ปลาย/ปวช./ปวส	7	9.9
ปริญญา	4	5.6
อื่นๆเช่น กศน./ไม่ระบุ	1	1.4
การตั้งครรภ์ครั้งที่		
1	45	63.4
2	12	16.9
3	9	12.7
4	4	5.6
6	1	1.4
กลุ่มอายุครรภ์		
ไม่เกิน 9 สัปดาห์	35	49.3
9 - 12 สัปดาห์	11	15.5
12 - 20 สัปดาห์	21	29.6
มากกว่า 20 สัปดาห์	4	5.6

* เขตนครชัยบุรีรัมย์ หมายถึง เขตบริการสุขภาพที่ 9 ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์และสุรินทร์

71.9 มีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติโดยแบ่งเป็น ภาวะปกติ ร้อยละ 45.1 และภาวะอารมณ์เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย (Mild mood disturbance) ร้อยละ 26.8 ในกลุ่มที่ผิดปกติพบว่าเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Mod-

erate depression) ร้อยละ 12.7 รองลงมาคือ ซึมเศร้าเล็กน้อย (Borderline Clinical depression) ซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) และซึมเศร้ารุนแรงมาก (Extreme depression) ร้อยละ 8.5, 5.6 และ 1.4 ตามลำดับและเมื่อเปรียบ



เทียบระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังยุติการตั้ง ครรภ์พบว่า ผู้รับบริการร้อยละ 74.6 มีระดับ ภาวะซึมเศร้าลดลงโดยมีผู้รับบริการร้อยละ 15.5 ที่ระดับภาวะซึมเศร้าเท่าเดิม และร้อยละ 9.9 ที่ ระดับภาวะซึมเศร้ามากขึ้น และเมื่อทดสอบ เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าระหว่างก่อนและ หลังการยุติการตั้งครรภ์ด้วย Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่าค่า Asymp. Sig. <0.001 แสดง ถึงระดับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ความคิดเห็นต่อบริการยุติการตั้งครรภ์ใน แง่ของประโยชน์ในการแก้ปัญหาให้ผู้รับบริการ พบว่าผู้รับบริการร้อยละ 97.2 เห็นว่าบริการนี้ สามารถแก้ปัญหาให้ตน แต่เมื่อสอบถามต่อว่าจะ แนะนำผู้ที่มีปัญหาเช่นเดียวกับตนให้เข้ารับ บริการยุติการตั้งครรภ์หรือไม่ ผู้รับบริการร้อยละ 53.5 ตอบว่าแนะนำ โดยมีผู้ตอบว่าไม่แนะนำ ร้อยละ 5.6 และผู้ไม่แน่ใจร้อยละ 40.8 และเมื่อ พิจารณาด้านผลการรักษากับความคิดที่จะ แนะนำผู้ที่มีปัญหาเช่นเดียวกับตนให้เข้ารับ

ตารางที่ 2 ระดับภาวะซึมเศร้าเปรียบเทียบ ก่อนและหลัง ยุติการตั้งครรภ์

ภาวะซึมเศร้าหลัง ยุติการตั้งครรภ์	Normal		Mild mood disturbance		Border-line Clinical depression		Moderate depression		Severe depression		Extreme depression		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Normal	2	2.8	3	4.2	-	-	-	-	-	-	-	-	5	7.0
Mild mood disturbance	7	9.9	4	5.6	1	1.4	-	-	1	1.4	-	-	13	18.3
Borderline Clinical depression	3	4.2	2	2.8	1	1.4	1	1.4	-	-	-	-	7	9.9
Moderate depression	7	9.9	3	4.2	3	4.2	2	2.8	1	1.4	-	-	16	22.5
Severe depression	9	12.7	3	4.2	1	1.4	5	7.0	1	1.4	-	-	19	26.8
Extreme depression	4	5.6	4	5.6	-	-	1	1.4	1	1.4	1	1.4	11	15.5
รวม	32	45.1	19	26.8	6	8.5	9	12.7	4	5.6	1	1.4	71	100.0

บริการยุติการตั้งครรภ์พบว่ามีผู้ที่ผลการรักษาดีขึ้น (ระดับภาวะซึมเศร้าลดลง) คิดว่าจะแนะนำผู้อื่น ร้อยละ 39.4 ส่วนร้อยละ 32.4 ไม่แน่ใจว่าจะ แนะนำหรือไม่ และอีกร้อยละ 2.8 คิดว่าจะไม่ แนะนำ ผู้ที่ผลการรักษาเท่าเดิม คิดว่าจะแนะนำ ผู้อื่นร้อยละ 11.3 ร้อยละ 4.2 ไม่แน่ใจว่าจะ แนะนำหรือไม่ และไม่มีผู้รับบริการในกลุ่มนี้ที่ คิด

ว่าจะไม่แนะนำ ในส่วนผู้ที่ผลการรักษาแย่งพบ ว่าผู้ที่คิดว่าจะแนะนำ ไม่แน่ใจ และไม่แนะนำคิด เป็น ร้อยละ 2.8, 2.8 และ 4.2 ของผู้รับบริการ ทั้งหมดตามลำดับ แสดงถึงว่าแม้ผู้รับบริการ เกือบทั้งหมดจะเห็นว่าบริการยุติการตั้งครรภ์จะ สามารถแก้ปัญหาให้ตนได้ แต่ยังมีผู้รับบริการ อีกเกือบครึ่งที่ไม่แน่ใจว่าจะแนะนำบริการนี้ให้

ตารางที่ 3 ทดสอบ ระดับภาวะซึมเศร้าเปรียบเทียบ ก่อนและหลัง ยุติการตั้งครรภ์ด้วยสถิติเชิงอนุमान

				Kolmogorov-Smirnov ^a			
ระดับการซึมเศร้า	N	Mean	Std. Deviation	Statistic	df	Sig.	
ก่อนรักษา(BDI)	71	3.9	1.541	0.185	71	0.00	
หลังรักษา (BDI)	71	2.11	1.337	0.252	71	0.00	
a. Lilliefors Significance Correction							
	N	Mean	Sum of	ผลการรักษา	N	%	
	Negative Ranks	53 ^a	32.4	1717	ดีขึ้น	53	74.6
ระดับการซึมเศร้า(BDI)หลังรักษา	Positive Ranks	7 ^b	16.14	113	แย่ลง	7	9.9
ระดับการซึมเศร้า(BDI)ก่อนรักษา	Ties	11 ^c			เท่าเดิม	11	15.5
	Total	71					

- a. ระดับการซึมเศร้า(BDI)หลังรักษา<ระดับการซึมเศร้า(BDI)ก่อนรักษา
- b. ระดับการซึมเศร้า(BDI)หลังรักษา>ระดับการซึมเศร้า(BDI)ก่อนรักษา
- c. ระดับการซึมเศร้า(BDI)หลังรักษา = ระดับการซึมเศร้า(BDI)ก่อนรักษา

Test Statistics^b

ระดับการซึมเศร้า(BDI)หลังรักษา - ระดับการซึมเศร้า(BDI)ก่อนรักษา	
Z	-5.964 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	0.000

- a. Based on positive ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

กับผู้ที่ปัญหาเช่นเดียวกับตนเองหรือไม่ ดังตารางที่ 4

■ อภิปรายผล

ผู้รับบริการส่วนใหญ่(ร้อยละ 76.1) อยู่ในวัย 15- 34 ปีโดยมีอายุเฉลี่ย 22.8 ปี ผู้รับบริการอายุน้อยที่สุด 13 ปี และมากที่สุด 46 ปี มีผู้รับบริการที่มีอายุไม่เกิน 20 ปี ร้อยละ 49.3 ประกอบด้วยผู้รับบริการที่มีอายุไม่เกิน 15 ปีและ

อายุ 15-20 ปี ร้อยละ 7.0 และ 42.3 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากที่ Shah และ Ahmanได้ใช้ ข้อมูลจากการประมาณค่าอุบัติการณ์การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยมาแบ่งตามช่วงอายุของมารดา พบว่าการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยร้อยละ 41 เกิดในหญิงตั้งครรภ์อายุ 15 - 24 ปี โดยแบ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 15 และอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 26⁽⁷⁾ จากการศึกษาพบว่าผู้รับบริการส่วนมากมีสถานภาพโสด และกว่ากึ่งหนึ่ง



ตารางที่ 4 ระดับภาวะซึมเศร้า(BDI) และทัศนคติต่อบริการ และการแนะนำผู้อื่น

	คิดจะแนะนำคนอื่น						Total	
	แนะนำ		ไม่แนะนำ		ไม่แน่ใจ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Total	38	53.5	4	5.6	29	40.8	71	100.0
ระดับภาวะซึมเศร้า(BDI)								
ลดลง	28	39.4	2	2.8	23	32.4	53	74.6
เท่าเดิม	8	11.3	-	0.0	3	4.2	11	15.5
มากขึ้น	2	2.8	2	2.8	3	4.2	7	9.9
การรักษานี้มีประโยชน์								
ช่วยได้	38	53.5	3	4.2	28	39.4	69	97.2
ช่วยไม่ได้	-	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0
ไม่แน่ใจ	-	0.0	1	1.4	1	1.4	2	2.8

เป็นผู้ที่กำลังศึกษา โดยมีสัดส่วนของระดับก่อนปริญญาต่อระดับปริญญาเป็น 1.7 ต่อ 1 และการตั้งครุภัณฑ์ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครุภัณฑ์ครั้งแรก ซึ่งน่าจะเนื่องมาจากเป็นผู้ที่ยังอยู่ในระบบการศึกษา ผู้รับบริการส่วนใหญ่ตั้งครุภัณฑ์ไตรมาสแรก ซึ่งน่าจะเป็นผลจากมาตรการการสื่อสารเชิงรุกของคลินิกวัยรุ่นที่เน้นการรับคำปรึกษาที่รวดเร็วเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครุภัณฑ์ในผู้ที่อายุครรภ์มาก ผู้รับบริการกว่าร้อยละ 70 มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดบุรีรัมย์ ส่วนอีกเกือบ 1 ใน 3 เป็นผู้รับบริการจากจังหวัดอื่นๆ มีผู้รับบริการจากอำเภอห้วยราชเอง เพียง 1 ใน 5 ของผู้รับบริการทั้งหมด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีสถานบริการที่ให้บริการยุติการตั้งครุภัณฑ์จำนวนไม่มาก จึงทำให้เกิดการแสวงหาบริการของผู้รับบริการจากท้องที่อื่นๆ

ภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าก่อนการรับบริการยุติการตั้งครุภัณฑ์ด้วยแบบทดสอบต่างๆ มีผู้รับบริการที่ไม่มีปัญหาเครียดเพียงบางส่วนซึ่งน่าจะเกิด Information bias จากการไม่เข้าใจ

คำถามหรืออาจเกิดจากการที่ผู้รับบริการเกรงว่าหากแสดงถึงภาวะเครียดแล้วจะไม่ได้รับการยุติการตั้งครุภัณฑ์ จึงตอบแบบสอบถามในลักษณะที่ปกปิดข้อมูลบางส่วน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarah และ Nancy⁽⁶⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ยอมเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการยุติการตั้งครุภัณฑ์จะยินยอมเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธจะให้ข้อมูล ซึ่งในอีกทางหนึ่งก็อาจมีผู้รับบริการบางส่วนที่อาจให้ข้อมูลที่แสดงถึงภาวะเครียดที่สูงเกินความจริงเพื่อให้दनผ่านเกณฑ์และได้รับการในส่วนของภาวะซึมเศร้าเมื่อทดสอบด้วยแบบทดสอบภาวะซึมเศร้า 9 คำถามพบว่า ผู้รับบริการทั้งหมดมีภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วยแบบสอบถาม 9 คำถาม ทั้งนี้เนื่องจากแบบสอบถาม 9 คำถามนั้นใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยว่าผู้รับบริการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือไม่ (Inclusion indicator) หากตรวจด้วยแบบสอบถามนี้แล้วไม่พบภาวะซึมเศร้าผู้รับบริการก็จะไม่ได้รับบริการซึ่งก็จะไม่มีแฟ้มประวัติการรักษาจึงไม่อยู่ในกลุ่มประชากรที่

ศึกษาและเมื่อทำการทดสอบกลุ่มประชากรที่ศึกษาด้วยแบบทดสอบภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI) พบว่า ผู้รับบริการ 3 ใน 4 มีอาการของภาวะซึมเศร้า ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Christensen และคณะ⁽⁵⁾ ที่พบว่ามียุติการตั้งครรภ์แล้วลดภาวะซึมเศร้าในช่วงของการตั้งครรภ์แล้วลดลงหลังคลอดเพียงร้อยละ 9.8 โดยร้อยละ 80 จะมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำตลอดระยะเวลาปริกำเนิด นอกจากนี้จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าผู้รับบริการร้อยละ 7.0 ไม่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อทดสอบด้วยแบบทดสอบภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI) ทั้งที่ผู้รับบริการทั้งหมดผ่านเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าจากแบบสอบถาม 9 คำถามมาแล้ว ทั้งนี้เนื่องจากแบบทดสอบภาวะซึมเศร้าของ Beck(BDI) เป็นแบบสอบถามที่มี specificity สูงกว่า^(9,10)

หลังการยุติการตั้งครรภ์ พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งในกลุ่มที่ผิดปกติพบว่าเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศราระดับปานกลางมากที่สุด จึงตอบคำถามการวิจัยได้ว่าภาวะซึมเศร้าหลังการยุติการตั้งครรภ์ของผู้รับบริการส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติและเมื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร่าก่อนและหลังยุติการตั้งครรภ์พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร่าลดลงซึ่งแสดงว่าผลการรักษาดีขึ้น แต่ก็ยังพบว่ามีผู้รับบริการร้อยละ 10.3 ที่ระดับของภาวะซึมเศร่าเพิ่มขึ้น ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Christensen และคณะ ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจมีภาวะซึมเศร่าในระยะหลังคลอด ร้อยละ 10.2 และเมื่อทดสอบด้วยค่าทางสถิติพบว่าระดับภาวะซึมเศร่าหลังการรับบริการยุติการตั้งครรภ์แตกต่างจากก่อนรับบริการอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$)

ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จึงตอบคำถามการวิจัยได้ว่าระดับของภาวะซึมเศร้าหลังการรับบริการยุติการตั้งครรภ์ของสตรีที่เข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่คลินิกวิทยารุ่น รพ.ห้วยราช ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเป็นผลจากกระบวนการต่างๆของการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ประกอบไปด้วยกิจกรรมการให้คำปรึกษาทางเลือก การให้บริการจิตบำบัด รวมถึงการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาของผู้รับบริการ (Problem solving)

ผู้รับบริการร้อยละ 97.2 เห็นว่าบริการนี้สามารถแก้ปัญหาให้ตน แต่เมื่อสอบถามต่อว่าจะแนะนำผู้ที่มีปัญหาเช่นเดียวกับตนให้เข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์หรือไม่ กลับมีผู้รับบริการที่ตอบว่าแนะนำเทียบกับส่วนที่เหลือซึ่งตอบว่าไม่แนะนำและไม่แน่ใจคิดเป็นอัตราส่วน 1.2 ต่อ 1 เช่นเดียวกับเมื่อพิจารณาผู้ที่ผลการรักษาดีขึ้นว่าจะแนะนำผู้ที่มีปัญหาเช่นเดียวกับตนให้เข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์หรือไม่ พบว่ามีผู้รับบริการที่ตอบว่าแนะนำเทียบกับส่วนที่เหลือซึ่งตอบว่าไม่แนะนำและไม่แน่ใจคิดเป็นอัตราส่วน 1.1 ต่อ 1 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสตรีเหล่านี้รู้สึกว่าการยุติการตั้งครรภ์เป็นเรื่องของการสูญเสีย และเป็นความลับ⁽¹¹⁾ อีกทั้งสังคมทั่วไปมักมองว่าการทำแท้งเป็นเรื่องบาปและผิดศีลธรรม ดังที่กล่าวในผลการวิจัยของกนกวรรณ ธารวรรณ (อ้างใน จตุพร ไชยสุวรรณ)⁽¹²⁾ ผู้รับบริการบางส่วนจึงยังซึมเศร่าหรือยังรู้สึกผิด ซึ่งเป็นปฏิกิริยาด้านอารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสียในระยะแรก มักจะอยู่ในช่วง 4-8 สัปดาห์หลังการสูญเสีย (Vacarolis อ้างในฉวีวรรณ สัตยธรรม)⁽¹³⁾ ใกล้เคียงกับช่วงที่ทำแบบสอบถาม Posttest พอดี ผู้รับบริการจึงยังลังเลใจที่จะแนะนำหรือปฏิเสธที่จะ



แนะนำเนื่องจากไม่ยอมรับความรู้สึกว่าทำบาปมากยิ่งขึ้น
สรุปว่าสตรีที่เข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่คลินิกวัยรุ่น รพ.หัวยราช ก่อนเข้ารับ
บริการมีภาวะเครียด และมีอาการของภาวะซึม
เศร้า หลังจากรับบริการพบว่าผู้รับบริการมีระดับ
ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญโดยส่วน
ใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในเกณฑ์ปกติ

■ ข้อเสนอแนะ:

● ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีสถานบริการสาธารณสุขที่สามารถให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยได้อย่างเพียงพอ ทั้งในภาครัฐและเอกชน เพื่อให้
ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยการ
เจริญพันธุ์ได้มากขึ้น และควรมีการสนับสนุน
เทคโนโลยีด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ให้กับสถาน
บริการสาธารณสุข เพื่อให้สามารถดำเนินการยุติ
การตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัย ได้มาตรฐาน เช่น
การให้ยายุติการตั้งครรภ์เป็นยาในบัญชียาหลัก
แห่งชาติ เครื่องสูดสูญญากาศเป็นเครื่องมือ
จำเป็นพื้นฐานที่ต้องมีในทุกโรงพยาบาล รวมถึง
ระบบการฝึกอบรมถ่ายทอดการนำเทคโนโลยีดัง
กล่าวให้กับบุคลากรสาธารณสุขอย่างเพียงพอ
และทั่วถึง

2. ควรมีการผลักดันให้มีกฎหมายว่า
ด้วยการยุติการตั้งครรภ์โดยชอบด้วยกฎหมาย
ที่มีผลบังคับใช้ในทุกกลุ่มวัยของสตรีวัยเจริญพันธุ์
โดยกำหนดสิทธิทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์
ของสตรีให้ชัดเจน และกำหนดหน้าที่ของผู้
เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดการแก้ไข
ปัญหาแบบบูรณาการร่วมกัน

● ข้อเสนอแนะในการจัดระบบบริการ

ควรมีระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพทางจิต

ในสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยเพิ่มการเข้า
ถึงบริการให้คำปรึกษาแบบทางเลือก รวมถึงการ
เพิ่มระบบการติดตามเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าปริ
กำเนิดไปอย่างน้อย 12 เดือนหลังการตั้งครรภ์
สิ้นสุดลง ไม่ว่าจะเป็นการแท้งหรือการคลอดใน
กลุ่มที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ

● ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้เป็นการ
ศึกษาโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่ค้นได้จากแฟ้มการ
ให้บริการผู้ป่วย ซึ่งผู้ที่ถูกวินิจฉัยว่ามีภาวะซึม
เศร้าเท่านั้นจึงจะได้รับบริการ(ปัญหาสุขภาพจิต
ตามมาตรา 305) จึงถือว่าเป็น Inclusion bias
และมีแฟ้มบางส่วนที่ถูกคัดออกเนื่องจากข้อมูล
ไม่ครบ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนไม่มาก ทั้ง
ที่ผู้รับบริการค่อนข้างมาก หากสามารถทำการ
วิจัยแบบการศึกษาไปข้างหน้า เพื่อทดลอง
เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังรับบริการ และ
ใช้วิธีการทดสอบภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีสัมภาษณ์
จะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง แม่นยำและน่าเชื่อถือ
มากขึ้น นอกจากนี้ในการติดตามภาวะซึมเศร้า
หลังรับบริการหากสามารถติดตามได้นานจนถึง
12 เดือน อาจทำให้เห็นระดับภาวะซึมเศร้าที่
แตกต่างกันออกไป

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลให้สตรี
เหล่านี้ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ เพื่อให้สามารถหา
มาตรการเชิงป้องกัน และแก้ไขปัญหการตั้ง
ครรภ์ไม่พึงประสงค์แบบบูรณาการ

3. ควรนำผลงานวิจัยนี้เป็นแนวทางเพื่อ
พัฒนาให้การวิจัยครั้งต่อไปมีข้อมูลที่สามารถนำ
ไปเปรียบเทียบกับการศึกษาของต่างประเทศได้

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สมพงษ์ จรุง

จิตตานุสนธิ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์
ที่สนับสนุนนโยบายการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ใน
วัยรุ่น นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง ผู้อำนวยการ
สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่เป็นที่ปรึกษาใน

การดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คลินิก
วัยรุ่นห้วยราชทุกท่าน ที่ได้ร่วมดูแลผู้รับบริการ
ด้วยจิตใจที่เมตตา ขอขอบคุณผู้รับบริการทุกคน
ที่ยินยอมให้ใช้ข้อมูลในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง. รายงานเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย ปี พ.ศ.2556. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์;2557.
2. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. *Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence*. *Obstet Gynecol* 2005; 106:1071-83.
3. Cheng M. *Abortion not a mental health risk but unwanted pregnancies are*, *Studies find*[Internet].New York:HuffingtonPost; 2011 Sep 12 [cited 2013 Nov 6]. Available from: http://www.huffingtonpost.com/2011/12/09/abortion-mental-health_n_1138545.html
4. Orr ST, Miller CA. *Unintended pregnancy and the psychosocial well-being of pregnant women*. *WHI* 1997; 7:38-46.
5. Christensen. AL, Stuart EA, Perry DF, Le Huynh-Nhu. *Unintended pregnancy and perinatal depression trajectories in low-income, high-risk Hispanic immigrants*. *PrevSci* 2011; 12(3): 289-99.
6. ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. *รายงานประจำปี 2556*. นครราชสีมา : ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา; 2557.
7. Shah IH, Ahman E. *Unsafe abortion differential in 2008 by age and developing countryregion:high burden among young women*.*Reprod Health Matters* 2012;20(39):169-73.
8. Schmiege S, Russo NF. *Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study*. *BMJ* [Internet].2005Dec[cited 2013 Nov 6];Vol 331(7528):1303Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38623.532384.55>
9. Steer RA, Cavalieri TA, Leonard DM, Beck AT. *Use of the Beck Depressive Inventory for Primary Care to screen for depression disorder*. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; Mar-Apr 21(2): 108-11.
10. กรมสุขภาพจิต. *แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน(คลินิกโรคเรื้อรัง)ฉบับปรับปรุง*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2558
11. สุชาติ รัชชกุล. *การตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาและการตัดสินใจทำแท้ง*[วิทยานิพนธ์ดุสิตบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2542.
12. จตุพร ไชยสุวรรณ. *ความเครียดและการเผชิญความเครียดหลังทำแท้งผิดกฎหมายของสตรีวัยรุ่น*. *สงขลา นครินทร์เวชสาร* 2548; 23 : 241-48.
13. ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข. *การดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตสังคม*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2556; 27:148-53.

HEALTH