



# ความชุกและผลการทดลองใช้โปรแกรมให้ข้อมูลเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์

ปิยธิดา จันทรดา

## บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ส่งผลให้ความอยากอาหารน้อยลง การนอนหลับพักผ่อนน้อยลง ทารกในครรภ์ตัวเล็กกว่าอายุครรภ์จริง มีคุณภาพชีวิตต่ำส่งผลกระทบต่อการทำงานทบทวนหน้าที่ของมารดาหลังคลอด

**วิธีการศึกษา** วิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาความชุกและผลการทดลองใช้โปรแกรมให้ข้อมูลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นตั้งครรภ์อายุระหว่าง 14 ปี ถึงอายุน้อยกว่า 20 ปีที่มาใช้บริการที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านไผ่ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D และโปรแกรมการให้ข้อมูลเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D หลังจากนั้นคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน นำเข้าโปรแกรมการให้ข้อมูลซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยแผนการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เรื่องภาวะซึมเศร้าการปฏิบัติตัวในระหว่างตั้งครรภ์ และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ (Social support) หลังจากนั้น 6 เดือนจึงประเมินภาวะซึมเศร้าหลังเข้าโปรแกรมเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง มิถุนายน 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Pair t-test วิเคราะห์ข้อมูลภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการใช้โปรแกรมให้ข้อมูล

ผลการศึกษา ความชุกของภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบร้อยละ 21.58 หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์มีอายุเฉลี่ย 16.7 1.2 ปี การศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 63.3 สถานภาพการสมรสพบว่าอยู่ด้วยกัน โดยไม่ได้มีการสมรสตามประเพณี/จดทะเบียนสมรส ร้อยละ 76.7 มีอาชีพนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 73.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 5,620 2.9 บาท อายุครรภ์เฉลี่ย 19.2 4.9 สัปดาห์ ปัจจัยที่ส่งเสริมมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดได้แก่ ปัญหาด้านการเรียน ร้อยละ 66.7 รองลงมาได้แก่ มีความเครียดขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 60.0 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการให้ข้อมูลเพื่อลดภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001)

**สรุป** ความชุกของภาวะซึมเศร้าในหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ ร้อยละ 21.58 และโปรแกรมการให้ข้อมูลสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ :** ความชุก ภาวะซึมเศร้า วัยรุ่นตั้งครรภ์โปรแกรมการให้ข้อมูล

\* โรงพยาบาลบ้านไผ่



## The Prevalence and An Effect of the Informational Program to reduce depression on Depression in Teenage Pregnancy

Piyathida Chanda

### Abstract

Depression was a public health problem. Depression among teenage Pregnancy results in lower appetite, Less sleep, the fetus was smaller than the fetus, poor quality of life and Impact on the role of mothers after childbirth.

**Methods :** To find the prevalence and experimental research for study Effect of the Informational Program to reduce depression on depression in teenage pregnancy Quasi-experimental research data was collected from 30 pregnant teenagers, age between 14 to less than 20 years old, visited ANC clinic of Banphi Hospital, Intervention program for information to reduce depression were counselling, practice during pregnancy and social support by family, data collection between January - June 2016. The center for epidemiologic studies-depression scale (CES-D) was used to find out the prevalence of depression and post use the Informational Program to reduce depression. Data analysis was using by descriptive statistics and pair t-test

**Results :** The prevalence of depression in teenage pregnancy was 21.58 percentage. From 30 pregnant teenagers, mean age 16.7 ± 1.2 years old, 63.3% of the junior high school graduates, 76.7% have a married/no traditional marriage, 73.3% have a student / student occupation problem and the average monthly income of the family were 5,620 ± 2.9 baht. The averaged gestational age 19.2 ± 4.9 weeks. Factors that promote depression were learning disabilities 66.7%. There was a significant difference between the mean scores from the depression measure before and after the intervention program (p-value < 0.001)

**Conclusion :** The prevalence of depression in adolescent girls was 21.58%, and the informational program could reduce depression effectively.

**Keywords :** prevalence, depression, teenage pregnancy, the Informational Program to reduce depression

\* Banphi Hospital, Banphai District, Khonkaen



## บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคือการตั้งครรภ์ที่เกิดในผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 20 ปี<sup>(1-3)</sup> เมื่อนับถึงวันสิ้นสุดการตั้งครรภ์และพบบ่อยในช่วงอายุ 13-19 ปี<sup>(4)</sup> World Health Statistics 2013<sup>(5)</sup> รายงานอัตราการเกิดมีชีพเฉลี่ยทั่วโลกในมารดาอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2549-2553 อยู่ที่ 48.9 ต่อประชากรหญิงในกลุ่มอายุเดียวกัน 1,000 คน พ.ศ. 2556-2558 สถานการณ์การคลอดบุตรของวัยรุ่นไทยอายุ 10-14 ปี และอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 1.7, 1.6, 1.5 และ 51.1, 47.9, 44.8 ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี, 15-19 ปี<sup>(6-7)</sup> จังหวัดขอนแก่นพบว่าอัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี, อายุ 15-19 ปี เท่ากับ 1.6, 1.7, 1.3 และ 52, 47.9, 42.9 ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี, 15-19 ปี<sup>(8-9)</sup>

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกด้านทั้งร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคมสนใจตนเองและเพศตรงข้ามมากขึ้น อาจมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคุมกำเนิด จึงทำให้เกิดการตั้งครรภ์ได้ง่าย<sup>(9-10)</sup> เมื่อตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคม ส่งผลให้พัฒนาการทางด้านร่างกายที่มีการเจริญเติบโตชะงักไป<sup>(11)</sup> เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ภาวะทุพโภชนาการ ความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ ภาวะแท้งบุตร ทารกตายในครรภ์และคลอดก่อนกำหนดได้<sup>(11-12)</sup> ภาวะจิตใจและอารมณ์ที่ยังไม่พร้อมที่จะรับผิดชอบเพราะต้องพึ่งพาผู้ใหญ่ จึงมีความกลัวสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์<sup>(13)</sup> ไม่ยอมรับกับการตั้งครรภ์ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนหรือเป็นการตั้งครรภ์นอกสมรส<sup>(9)</sup> เกิดความขัดแย้งหรือสับสนกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากการเป็นภรรยาอย่างเดียว มาสู่บทบาทมารดา<sup>(14)</sup> ส่วนหนึ่งจึงตัดสินใจทำแท้ง แต่หากเลือกที่จะตั้งครรภ์ต่อไป ก็จะส่งผลให้กลัวการคลอดบุตร กังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย กลัวว่าจะทำหน้าที่แม่ที่ดีได้ไม่สมบูรณ์ มีความสุขน้อยลง

เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยแสดงออกถึงความกลัว วิตกกังวล และซึมเศร้าสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่<sup>(15)</sup>

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะทางจิตเวชอาจเป็นเรื้อรังหรือเป็นซ้ำนำไปสู่ความบกพร่องในการดำรงชีวิต<sup>(16)</sup> ปี พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด<sup>(17)</sup> พบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นช่วงที่ตั้งครรภ์ร้อยละ 27.6 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7.4-50<sup>(18-20)</sup> มีอารมณ์ที่อ่อนไหวหงุดหงิด และแปรปรวนง่าย<sup>(21)</sup> ในต่างประเทศพบภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ร้อยละ 25.9-47<sup>(22-23)</sup> สูงกว่าภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ที่พบเพียงร้อยละ 25.8-27.5<sup>(24-25)</sup> ความอยากอาหารและการนอนหลับพักผ่อนน้อยลง ทารกในครรภ์ตัวเล็กกว่าอายุครรภ์จริง ค่าคะแนนapgar score ต่ำและเส้นรอบศีรษะของทารกเล็กกว่าปกติ<sup>(26-27)</sup> เลี้ยงยาก มีปัญหาอารมณ์ พฤติกรรม สมาธิในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น<sup>(28)</sup> มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีผลกระทบต่อการทำบทบาทหน้าที่ของมารดาหลังคลอด<sup>(29)</sup>

คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ให้บริการฝากครรภ์ มีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์และคลอดในปี 2556-2558 จำนวน 183,130 และ 136 ราย จากการติดตามการรักษาพบว่ามีการคลอดก่อนกำหนด 57, 14, 31 และคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 73, 52 และ 16 ราย<sup>(30)</sup>

จากการปฏิบัติงานผู้วิจัยพบว่าการตรวจรักษา และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระหว่างการตั้งครรภ์โดยพยาบาลประจำคลินิกฝากครรภ์ แต่ไม่ได้ประเมินภาวะความซึมเศร้า และครอบคลุมถึงในการดูแลด้านจิตใจโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นแพทย์ผู้ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้จึงต้องการศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และ

ทดลองใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อลดผลกระทบที่จะตามมาดังกล่าวข้างต้น และวางแผนช่วยเหลือเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่นต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมการให้ข้อมูล

### สมมติฐานการวิจัย

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกับก่อนเข้าโปรแกรม

### วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi-experimental research) ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัย One group pretest-post test design เก็บข้อมูลใช้เวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง มิถุนายน 2559 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 14 ปี ถึงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 139 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีค่าคะแนนจากแบบวัดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเท่ากับ 22 คะแนน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม PS for sample size<sup>(31)</sup> คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) = 0.05 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) = 0.5 ค่าความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ย (delta) = 48 power = 0.99 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 23 ราย เพื่อป้องกันการขาดหายของกลุ่มตัวอย่างจากการถอนตัวจากโครงการผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่าง 7 ราย ได้ขนาดตัวอย่างเป็น 30 ราย

### เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา (inclusion criteria)

1. วัยรุ่นตั้งครรภ์อายุ 14 ปี ถึงอายุน้อยกว่า 20 ปี เมื่อนับถึงวันสิ้นสุดการตั้งครรภ์และมีคะแนนจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 22 คะแนน จำนวน 30 ราย
2. สามารถเข้าใจแบบสอบถามภาษาไทย และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

### เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษา

#### (withdrawal or termination criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์ที่วัยรุ่นถอนตัวจากโครงการวิจัยระหว่างทำแบบสอบถาม
2. กรอกแบบสอบถามและประเมินภาวะซึมเศร้าไม่ครบถ้วน

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลด้านต่าง ๆ ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ อายุครรภ์
2. แบบสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นใช้ขั้นตอนของการให้คำปรึกษาโดยผู้วิจัยสัมภาษณ์
3. แบบวัดภาวะซึมเศร้า Center for epidemiologic studies-depression scale (CES-D) ซึ่งศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ<sup>(32)</sup> ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย และค่าทางสถิติจากการศึกษาในวัยรุ่นไทย พบว่าความเที่ยงของ CES-D วัด โดยCronbach's coefficient alpha มีค่าเท่ากับ 0.86 การศึกษาความตรงในการจำแนกพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มปกติ [ค่าเฉลี่ย = 25.6 (SD 8.08) และ 15.4 (SD 6.7),  $p < 0.01$ ] อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



Nirattaradorn<sup>(33)</sup> ได้นำมาใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85 คะแนน CES-D จะสูงขึ้นตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าจาก receiver operating characteristic curve พบว่าคะแนนที่ 22 เป็นจุดตัดที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุดโดยที่คะแนน CES-D จะมีความไวร้อยละ 72 ความจำเพาะร้อยละ 85 และความแม่นยำร้อยละ 82

### ขั้นตอนการศึกษา

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูลใช้เวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง มิถุนายน 2559 ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านไผ่ให้หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามในสวนที่ 1 และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มี 2 หน้าด้วยตนเองในขณะที่รอรับบริการระหว่างที่ทำแบบสอบถามหากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้า (CES-D>22) จำนวน 30 ราย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์วิจัยให้ทราบ อธิบายข้อมูลและแจกเอกสารเกี่ยวกับงานวิจัยให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยตัดสินใจ เมื่อยินดีสมัครใจเข้าร่วม ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความอึดอัด ไม่สบายใจ ไม่อยากเข้าร่วมงานวิจัยสามารถขอลงตัวจากงานวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วยตนเองใช้เวลาในการทำประมาณ 20-30 นาที และทำการศึกษาต่อในระยะที่ 2

**ระยะที่ 2** ทดลองใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

นำกลุ่มตัวอย่างหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้า (CES-D>22) จำนวน 30 ราย มาทดลองใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลเพื่อลดภาวะซึมเศร้า โปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ทางสุขภาพจิตศึกษา

(Psycho education) เรื่องภาวะซึมเศร้า, การปฏิบัติตัวในระหว่างการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนช่วยเหลือแก้ไขปัญหาผู้ป่วยเป็นรายบุคคลโดยครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยเหลือ (social support) โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ผู้วิจัยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้ขั้นตอนการให้คำปรึกษาร่วมกับการให้ข้อมูลตามสภาพปัญหาที่นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า ในห้องตรวจครรภ์ที่ใช้สำหรับในการเรียนการสอนที่วางเว้นจากการเรียนการสอน ซึ่งมีความสงบ ปลอดภัย และมีความเป็นส่วนตัว เมื่อสัมภาษณ์เสร็จผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลตามโปรแกรมจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน ใช้ประมาณ 20-30 นาที ต่อราย ซึ่งข้อมูลประกอบไปด้วย

1. การให้ความรู้โดยการสอนสุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) เรื่องภาวะซึมเศร้า เป็นการให้ความรู้ แก่หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์/บุคคลในครอบครัว การป้องกันและการดูแลตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุนและกระตุ้นให้ครอบครัวโดยเฉพาะสามี เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือภรรยาขณะตั้งครรภ์

2. การให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการในช่วงที่หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์โดยเฉพาะอาหารที่มีกรดไขมันโอเมก้า-3 เช่น ปลาทะเล ปลาน้ำจืด เช่น ปลาสวาย ปลานิลพืชตระกูลถั่ว เช่น ถั่วเหลือง ถั่วเขียวและฟักทอง เป็นต้นการออกกำลังกายการส่งเสริมการทำกิจกรรมหรือเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ และการทำกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

3. การให้ครอบครัว (สามี/บิดา-มารดา/ญาติ) เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือ/แก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยพบกลุ่มตัวอย่างจะได้รับแผ่นพับเรื่องคู่มือการดูแลตนเองเมื่อตั้งครรภ์สำหรับคุณแม่วัยรุ่นในนั้นจะมีเบอร์โทรศัพท์สถานที่ให้ความช่วยเหลือทุกราย หลังจากนั้นใน 6 เดือนต่อมากลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าอีกครั้ง

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้าก่อนและหลังการใช้โปรแกรมให้ข้อมูลโดยใช้สถิติ Pair t-test

## ผลการศึกษา

หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ในช่วงที่ศึกษาจำนวน 139 ราย ความชุกของภาวะซึมเศร้า (CES-D>22) พบร้อยละ 21.58 หลังจากนั้นในขั้นตอนการศึกษา ระยะที่ 2 หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดยสมัครใจจำนวน 30 ราย มีอายุเฉลี่ย  $16.7 \pm 1.2$  ปี อายุน้อยที่สุด 14 ปี อายุมากที่สุด 18 ปี การศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 19 ราย ร้อยละ 63.3 สถานภาพการสมรสพบว่าอยู่ด้วยกันโดยไม่ได้มีการสมรสตาม ประเพณี/จดทะเบียนสมรส 23 ราย ร้อยละ 76.7 สถานภาพการสมรสอยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงานตาม ประเพณี/ไม่ได้จดทะเบียนสมรส 23 ราย ร้อยละ 76.7 นับถือศาสนาพุทธ 29 ราย ร้อยละ 96.7 มีอาชีพนักเรียน/นักศึกษา 22 ราย ร้อยละ 73.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว  $5,620 \pm 2.9$  บาท รายได้ต่ำสุด 3,000 บาท รายได้สูงสุด 16,500 บาท อายุครรภ์เฉลี่ย  $19.2 \pm 4.9$  สัปดาห์ อายุครรภ์น้อยที่สุด 12 สัปดาห์ อายุครรภ์มากที่สุด 30 สัปดาห์ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์

ข้อมูลทั่วไป	มีภาวะซึมเศร้า (CES-D>22)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
	(n=30) จำนวน (ร้อยละ)	(n=109) จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (%)		
13-<16 ปี	7(23.3)	36(33.03)
16-18 ปี	23(76.7)	73(66.97)
Mean, Max-Min	$16.7 \pm 1.2$ (14-18)	$17.6 \pm 1.5$ (14-18)

ข้อมูลทั่วไป	มีภาวะซึมเศร้า (CES-D>22) (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=109) จำนวน (ร้อยละ)
การศึกษา (%)		
ไม่ได้ศึกษา	4(13.3)	12(11.01)
ประถมศึกษา	4(13.3)	45(41.28)
มัธยมศึกษาตอนต้น	19(63.3)	38(34.87)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2(6.7)	10(9.17)
ปวช., ปวส.	1(3.3)	4(3.67)
สถานภาพการสมรส (%)		
โสด	4(13.3)	25(22.93)
สมรส	3(10.0)	56(51.38)
อยู่ด้วยกัน (ไม่ได้แต่งงาน)	23(76.7)	28(25.69)
ศาสนา (%)		
พุทธ	29(96.7)	106(97.25)
อิสลาม	1(3.3)	3(2.75)
อาชีพ (%)		
นักเรียน/นักศึกษา	22(73.3)	32(29.36)
รับจ้าง	5(16.7)	61(55.96)
ค้าขาย	2(6.7)	4(3.67)
แม่บ้าน	1(3.3)	12(11.01)
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (%)		
<5,000 บาท	16(53.3)	20(18.35)
5,000-15,000 บาท	12(40.0)	72(66.05)
>15,000 บาท	2(6.7)	17(15.60)
Mean, Max-Min	5, 620 $\pm$ 2.9 (3,000-16,500)	
อายุครรภ์ (%)		
<16 wks	10(33.3)	15(13.76)
16-20 wks	12(40.4)	48(44.05)
21-28 wks	4(13.3)	37(33.94)
>28 wks	4(13.3)	9(8.25)
Mean, Max-Min	$19.2 \pm 4.9$ (12-30) $22.6 \pm 3.2$ (15-30)	



จากการสัมภาษณ์หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์พบว่ามี 20 ราย ร้อยละ 66.7 รองลงมาได้แก่ มีความเครียด  
ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยปัจจัยที่ส่งเสริม 18 ราย ร้อยละ 60.0 ปัญหาอาศัยและปัญหาด้าน  
มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดได้แก่ ปัญหาด้านการเรียน การเรียน 11 ราย ร้อยละ 36.7 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้า (N=30)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า	มี/เคย/ใช่ (%)	ไม่มี/ไม่เคย/ไม่ใช่ (%)
มีปัญหาด้านการเรียน	20(66.7)	10(33.3)
มีความเครียด	18(60.0)	12(40.0)
มีปัญหาด้านที่อยู่อาศัย	11(36.7)	19(63.3)
รายได้ของครอบครัวเพียงพอกับค่าใช้จ่าย	11(36.7)	19(63.3)
เคยถูกทำร้ายร่างกาย	9(30.0)	21(70.0)
มีความพร้อมของการตั้งครรภ์	8(26.7)	22(73.3)
การใช้สาร/สิ่งเสพติด (สุรา ยาบ้า สารระเหย)	7(23.3)	23(76.7)
มีประวัติการแท้ง	6(20.0)	24(80.0)
เคยถูกล่วงละเมิดทางเพศมาก่อน	4(13.3)	26(86.7)
มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์	2(6.7)	28(93.3)
เคยมีคนในครอบครัวเป็นโรคจิตเภท	2(6.7)	28(93.3)
มีปัญหาด้านสุขภาพ	1(3.3)	29(96.7)

คะแนนจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของหญิง มาตรฐาน 4.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนจาก  
วัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนเข้าโปรแกรมให้ข้อมูลเพื่อลดภาวะ แบบวัดภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการ  
ซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ย 44.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.9 ให้ข้อมูลเพื่อลดภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกัน  
ส่วนคะแนนจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของหญิงวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ดังแสดง  
ตั้งครรภ์หลังเข้าโปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 21.2 ส่วนเบี่ยงเบน ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าก่อน และหลังเข้าโปรแกรมการให้ข้อมูลเพื่อลดภาวะซึมเศร้า

ระยะเวลา	Mean	SD	t	p-value
ก่อนเข้าโปรแกรม	44.3	3.9	22.2	0.000
หลังเข้าโปรแกรม	21.2	4.3		



## อภิปรายผล

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมเนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกด้านจิตใจอารมณ์แปรปรวนง่าย สับสนเนื่องจากช่วงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลง การหลังฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเทอโรน ประกอบกับวัยรุ่นขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคุมกำเนิด จึงทำให้วัยรุ่นเกิดการตั้งครรภ์ได้ง่าย<sup>(9-10)</sup> เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนหรือเป็นการตั้งครรภ์นอกสมรส<sup>(9)</sup> ต้องเผชิญกับความขัดแย้งหรือสับสนกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทมาสู่บทบาทมารดา<sup>(14)</sup> และพบว่ามีความเครียด<sup>(15)</sup> ความชุกภาวะซึมเศร้าของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์จากการศึกษาเท่ากับร้อยละ 21.58 พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ในวัยรุ่นตั้งครรภ์อยู่ในช่วงร้อยละ 7.4-50<sup>(20-24,32)</sup> ในประเทศไทยมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์สูงถึงร้อยละ 47.0<sup>(40)</sup> นอกจากนี้ยังพบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 27.6<sup>(19)</sup>

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการให้ข้อมูลเพื่อลดภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.001$ ) ในการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมหรือแนวทางการดูแลป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าโดยใช้การปรับการรู้คิดและพฤติกรรมในวัยรุ่นตอนต้นในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อย Lewinsohn และ Clarke<sup>(41-42)</sup> ได้พัฒนาโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดเพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นโดยการสอนให้วัยรุ่นสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดการกับความคิดทางลบผ่อนคลายเมื่อเกิดความเครียด มีทักษะในการสื่อสารทักษะกล้าแสดงออก และมีทักษะในการแก้ไขปัญหาซึ่งพบว่าโปรแกรมนี้สามารถลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษาของอดิรัตน์ วัฒนไพลิน, ลลนา ประทุม, ยาใจ สิทธิมงคล, (2011)<sup>(43)</sup> ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นพบว่าวัยรุ่นในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.001$ )

นอกจากนี้โปรแกรมการให้ข้อมูลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนั้นจะประกอบด้วย การให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการในช่วงตั้งครรภ์ ถือว่าจำเป็นมากในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอาหารที่มีกรดไขมันโอเมก้า-3 เช่น ปลาทะเล ปลาน้ำจืด (เช่น ปลาสวาย ปลานิล) พืชตระกูลถั่ว (เช่น ถั่วเหลือง ถั่วเขียว) และฟักทอง ซึ่งมีงานวิจัยในต่างประเทศ พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันโอเมก้า-3 วันละ 3 กรัม ติดต่อกันในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ พบอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าดีขึ้น<sup>(44)</sup> การออกกำลังกายสม่ำเสมอสามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในช่วงตั้งครรภ์ได้ เช่น การเดินเพื่อให้ร่างกายได้รับแสงแดดยามเช้าจะช่วยทำให้อารมณ์ซึมเศร้าดีขึ้น<sup>(45)</sup> ส่งเสริมการทำกิจกรรมหรือเสริมสร้างพลัง ด้านจิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ การทำกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น ดังมีการศึกษาพบว่าการทำสมาธิ (meditation) สามารถบำบัดอาการซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้<sup>(46)</sup> แรงสนับสนุนทางสังคม เช่น บิดามารดาสามีกระตุ้นให้ครอบครัวโดยเฉพาะสามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ เช่น ช่วยทำงานบ้าน ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน การร่วมพูดคุยประเด็นปัญหา การประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ การไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสามีมีความสัมพันธ์ ( $r=4.45$ ) กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์<sup>(47)</sup>





## ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษานี้เก็บข้อมูลเฉพาะในวัยรุ่นตั้งครรภ์ อายุ 14 ปี ถึงอายุน้อยกว่า 20 ปีเมื่อนับถึงวันสิ้นสุดการตั้งครรภ์ มารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เท่านั้น การนำผลการศึกษาไปใช้ต้องพิจารณาถึงบริบทของตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ด้วย

## สรุป

การศึกษานี้พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ มีจำนวน 30 ราย ร้อยละ 21.58 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนจากแบบวัดภาวะซึมเศร้ามก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการให้ข้อมูลเพื่อลดภาวะซึมเศร้า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังนั้นโปรแกรมการให้ข้อมูลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นใช้ได้ผลดี สามารถลดความวิตกกังวลลงได้ ดังนั้นควรขยายผลไปใช้ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอื่นเพื่อวางแผนการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในการตั้งครรภ์ต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการให้ข้อมูลเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย การให้ความรู้ทางสุขภาพจิต (Psycho education) เรื่องภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ และการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาโดยครอบครัว (Social support) ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีคุณภาพควรนำไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีภาวะซึมเศร้า

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2014). Adolescent pregnancy. [cited 2014 April 16]. Available from: <http://www.who.int/maternal-child-adolescent/topics/maternal/adolescent-pregnancy/en/>
2. The U.S. National Library of Medicine. (2014). Adolescent pregnancy. [cited 2014 April 20]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001516.htm>
3. University of Maryland Medical Center. (2014). Adolescent pregnancy-overview. [cited 2014 April 20]. Available from: <http://www.umm.edu/ency/article/001516.htm>
4. Wikipedia. (2014). Teenage pregnancy. [cited 2014 April 20]. Available from : [http://en.wikipedia.org/wiki/Teenage\\_pregnancy](http://en.wikipedia.org/wiki/Teenage_pregnancy).
5. UNICEF. (2008) .Young people and family planning: teenage pregnancy. Malaysia, 11:3p.
6. World Health Organization. (2013). World Health Statistics 2013, Indicator compendium. Geneva: World Health Organization.
7. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). สถานการณ์การคลอดบุตรของวัยรุ่นไทย ปี 2556. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
8. กระทรวงสาธารณสุข. (2560). สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558. นนทบุรี : สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
9. Woods S.M, Melville J.L. and Guo Y. (2012). Psychosocial stress during pregnancy. American Journal of Gynecology, 202:61. e1-7.
10. Pilliteri A. (2010). Maternal and child health nursing. Philadelphia : J. B. Lippincott.



11. Glover V. (2015). Stress : Effects on Neonatal and Child Development. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: 556-561.
12. Dunkel Schetter C, Tanner L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry*, 25(2): 141-8.
13. Lowdermilk D.L, Perry S.E. (2006). Maternity nursing. (7th ed.). St. Louis, Mo. : Mosby Elsevier.
14. Lazarus R.S, Folkman S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York : Springer.
15. Kaikeow S. (2004). Teenage pregnancy: Health promotion. *J NursSci*, 22(1):20-7.
16. World Health Organization. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization.
17. World Health Organization. (2012). Depression. [cited 20 12 February 18]. Available from: <http://www.who.int/mental-health/management/depression/definition/en/>
18. Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MCM, Guinsburg R, and Laranjeira R. (2009). Brief report: Prevalence of psychiatric disorders in pregnant teenagers. *J Adolesc*, 32:745-52.
19. Shanok AF, Miller L. (2007). Depression and treatment within city pregnant and parenting teens. *Archives of woman's mental health*, 10:199-210.
20. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescents and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health*, 10:103-9.
21. Jutopama M. (2004). Psychological Counseling for Adolescents. Educational Buriram Rajabhat University.
22. Figueiredo B, Pacheco A, and Costa R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescents and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health*, 10:103-9.
23. Ginsburg GS, Baker EV, Mullany BC, Barlow A, Goklish N, Hastings R, et al. (2008). Depressive symptoms among reservation-based pregnant American Indian adolescents. *Maternal Child Health J*, 12:110-8.
24. Golbasi Z, Kelleci M, Kisacik G. (2012). Prevalence and correlated of depression in pregnancy among Turkish women. *Matern Child Health Journal*, 14:485-91.
25. Husain N, Parreen A, Husain M, Saeed Q, Jafri F, Rahman R, et al. (2011). Prevalence and psychosocial correlated of perinatal depression: A cohort study from urban Pakistan. *Arch Womens Ment Health*, 14:395-403.
26. Hodgkinson SC, Colantuoni E, Roberts D, Berg-Cross L, and Belcher HM. (2010). Depressive symptoms and birth outcomes among pregnant teenagers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 23:12-6.



27. Marcus SM. (2008). Depression during pregnancy: rates risks and consequences-mother risk update 2008. *The Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 16:15-22.
28. Field T. (2011). Prenatal depression effects on early development: a review. *Infant behave dev*, 34:1-14.
29. Nicholson WK, Stese R, Hill-Briggs F, Cooper IA, Strobino D, and Power NR. (2006). Depressive symptom and health-related quality of life in early pregnancy. *American College of Obstericians and Gynecologists*, 107:798-6.
30. โรงพยาบาลบ้านไผ่. (ม.ป.ป). ข้อมูลสารสนเทศ ผู้รับบริการกลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม ปีงบประมาณ 2557-59. ขอนแก่น : กลุ่มให้บริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลบ้านไผ่.
31. William D. Dupont, Walton D, Plummer Jr. (2011). PS - Power and Sample Size Calculation. Online[cited: 2010, 12 September] available: [http://biostat.mc.vanderbilt.edu/wiki/Main/Power Sample Size](http://biostat.mc.vanderbilt.edu/wiki/Main/Power_Sample_Size).
32. Trangkasombat U, Larpboonsarp V, Havanond P. (1997). CES-D as a screen for depression in adolescents. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, 42(1) :2-13.
33. Nirattharadom M. (2005). Self-esteem, social support, and depression in Thai adolescent mothers. Thesis (Ph.D. (Nursing)) Mahidol University.
34. Lewinsohn PM, Clarke GN, Hops H, Andrews J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21(4):385-401.
35. Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber L, Lewinsohn PM, Seeley JR. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *J Am Acad Child & Adolescent Psychiat*, 34:312-21.
36. อติรัตน์ วัฒนไพสิน, ลลนา ประทุม, และ ยาใจ ลิทธิมงคล. (2554). ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29 (Suppl2) :39-47.
37. Women's Health & Education Center. (2011). Depression during pregnancy. [cited 2011 December 31] Available from: <http://www.Womenshealthsection.com>
38. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 202(1):5-14.
39. เนตรชนก แก้วจันทา. (2555). ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์: ปัจจัย ผลกระทบ และการป้องกัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(1):83-90.
40. Figueiredo B, Bifulco A, Pacheco A, Costa R, Magarinho R. (2006). Teenage pregnancy, attachment style and depression : A comparison of teenage and adult women pregnancy in a Portuguese series. *Attach Hum Dev*, 8(2):123-38.