



Nursing Role in Preventing Postpartum Depression Among Mothers with High-Risk Pregnancies บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์เสี่ยง

พัชรินทร์	เงินทอง*	Patcharin	Ngoenthong*
เทียมศร	ทองสวัสดิ์**	Tiamsorn	Thongsawas**
นริศรา	ไคร์ศรี***	Narisara	Krisri***
ลาวัลย์	สมบุญ**	Lawan	Somboon**

Abstract

Postpartum depression is an abnormal mood disorder that often occurs within 6 to 8 weeks after childbirth. Mothers experiencing this condition typically exhibit feelings of sadness, desolation, reduced happiness, or decreased enjoyment in activities compared to their state before childbirth. They may also have limited interaction with their newborns and families, and this affects the overall well-being of both the mother and the infant. High-risk pregnancies can lead to elevated levels of anxiety and stress, increasing the likelihood of developing postpartum depression. Therefore, nurses and midwives play a crucial role in preventing the risk of postpartum depression. This role includes assessing both physical and mental well-being, providing education about postpartum depression, offering counseling, and closely monitoring for any unusual symptoms. For this reason, nurses and midwives should be well-informed about the management of postpartum depression in high-risk pregnancies to prevent its occurrence or provide swift assistance in dealing with postpartum mental health.

Keywords: Nursing role; Prevention; Postpartum depression; High risk pregnancy

* Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College;
e-mail: patcharin.ngoenthong@crc.ac.th

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College



บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นภาวะผิดปกติทางอารมณ์ มักเกิดภายใน 6 ถึง 8 สัปดาห์หลังคลอด มารดามักมีอาการเศร้า หดหู่ไม่มีความสุข หรือไม่สนุกสนานเหมือนเดิม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุตรหรือครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งมารดาและทารก การตั้งครรภ์เสี่ยงส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดสูงขึ้น และเพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าในมารดาในระยะหลังคลอดที่มีประวัติครรภ์เสี่ยง โดยการประเมินสภาพร่างกายและสภาพจิตใจ และให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ให้คำปรึกษา รวมถึงการสังเกตอาการผิดปกติ ด้วยเหตุนี้ พยาบาลผดุงครรภ์จึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์เสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด หรือให้การช่วยเหลืออย่างทันที่ป้องกันการพัฒนาไปเป็นภาวะทางจิตหลังคลอด

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล การป้องกัน ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สตรีครรภ์เสี่ยง

* ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย e-mail: patcharin.ngoenthong@crc.ac.th

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

*** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย



บทนำ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum Depression: PPD) เป็นปัญหาทางสุขภาพจากภาวะทางอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดและทารก ซึ่งเกิดขึ้นภายใน 6 ถึง 8 สัปดาห์หลังคลอด (Unicef, 2021) และมีอาการนานมากกว่า 2 สัปดาห์ จนถึง 1 ปีหลังคลอด มีอาการรุนแรงและยาวนานกว่าภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (postpartum blues) ที่เกิดขึ้นภายใน 4 สัปดาห์หลังคลอด (American Psychiatric Association, 2023) อัตราความชุกในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ โดยมีอัตราส่วนโดยประมาณร้อยละ 18 ของมารดาหลังคลอด อย่างไรก็ตามมีการรายงานอัตราความชุกอยู่ในช่วงร้อยละ 6.5-20 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมาก (Mughal et al., 2022) สำหรับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในประเทศไทยพบประมาณร้อยละ 18.8-38.2 (Nuanchawee, 2019) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถิติปี พ.ศ. 2558, 2559 และ 2560 อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอยู่ที่ร้อยละ 9.8, 18.4 และ 18.8 ตามลำดับ (Anusornteerakul et al., 2022) และพบในสตรีที่มีประวัติการตั้งครรภ์เสี่ยงในระดับสูงในช่วง 1 สัปดาห์แรกหลังคลอดเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.7 และในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 6.1 (Sangprasert & Kontha, 2023)

จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 10 ในระหว่างการตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อเนื่องมาถึงหลังคลอด (American Psychiatric Association, 2023) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีที่ตั้งครรภ์เสี่ยง (high risk pregnancy) หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะที่ไม่พึงประสงค์ในระยะตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกทั้งความผิดปกติทางสรีรกรรม หรือความผิดปกติทางอายุกรรม ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุกรรมที่พบบ่อย เช่น ภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น (Perry et al., 2018) การตั้งครรภ์เสี่ยง ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ (Caropreso et al., 2020) ซึ่งส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่นิยามระยะตั้งครรภ์และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ปกติ เช่น สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ พบความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติถึงร้อยละ 54 (Bangsuwan et al., 2021) ซึ่งในบทความนี้จะเรียกว่าเป็นมารดาครรภ์เสี่ยง

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีผลกระทบอย่างมากต่อมารดาหลังคลอด ทารก และครอบครัว รวมทั้งการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารก มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารกับผู้อื่นลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งปฏิสัมพันธ์กับทารก ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อพัฒนาการของทารกมีการศึกษาพบว่า บุตรที่อยู่กับมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีพัฒนาการล่าช้า ไม่มีการแสดงออกทางอารมณ์ (Slomian et al., 2019) แม้ว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นอาการผิดปกติชั่วคราวและสามารถหายได้แต่จำเป็นที่จะต้องมีการประเมินให้เร็วที่สุดและให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเกิดพัฒนาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดไปเป็นอาการทางจิตเวช อย่างไรก็ตามพบว่า การดูแลมารดาครรภ์เสี่ยงในระยะหลังคลอดยังมีช่องว่างในการดูแลและยังขาดแนวทางปฏิบัติในการประเมินภาวะสุขภาพจิต (Pansri et al., 2019) ซึ่งหากพยาบาลผดุงครรภ์สามารถประเมินความเสี่ยงและให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมจะทำให้สามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ดังนั้นการประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาทุกรายจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การทราบถึงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง รวมถึงการวินิจฉัยและรักษาพยาบาลที่เหมาะสม จะช่วยให้พยาบาลผดุงครรภ์สามารถคัดกรองความเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว และจะป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและให้การสนับสนุนที่เหมาะสม



ความหมายของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด หมายถึงความผิดปกติทางอารมณ์ที่ไม่เกี่ยวกับลักษณะของโรคจิตหรือเกิดจากโรคจิต มีอารมณ์ตึงเครียดและซึมเศร้าอย่างลึกซึ้งพร้อมกับมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย มีอาการรุนแรงและยาวนานกว่าภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum Blues) อาการที่เกิดขึ้นมักอยู่ในช่วงประมาณ 2-6 สัปดาห์หลังคลอด (Pillitteri, 2014)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด และภาวะจิตผิดปกติหลังคลอดโดยแยกความแตกต่างได้จากระยะเวลาการเกิดและอาการ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ตารางที่ 1)

1. ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum Blues): มักเกิดในช่วง 1-2 สัปดาห์แรกไม่เกิน 4 สัปดาห์ เป็นภาวะที่พบได้มากในหญิงที่เพิ่งคลอดบุตรอาจมีอาการเศร้าหรืออ่อนแอ อ่อนเพลีย มีความไม่มั่นคงทางอารมณ์ เป็นภาวะที่สามารถผ่านไปได้โดยไม่ต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม (Perry et al., 2018)

2. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum Depression: PPD) เป็นภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นที่เกิดหลังคลอดบุตรมักเกิดภายใน 6 ถึง 8 สัปดาห์หลังคลอด มารดามักมีอาการเศร้า หดหู่ ไม่มีความสุข หรือไม่สนุกสนานเหมือนเดิม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุตรหรือครอบครัว (Pillitteri, 2014) มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือไม่เชื่อมั่นในการดูแลบุตร เป็นภาวะที่ต้องได้รับการรักษาทางจิตเวชและการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Perry et al., 2018)

3. ภาวะจิตผิดปกติหลังคลอด (Postpartum Psychosis) เป็นภาวะที่มารดาสูญเสียความรู้สึกต่อสภาพที่เป็นจริง มีการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการคิด อารมณ์และพฤติกรรมอย่างมาก มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ทำให้เกิดอาการ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดูแลตนเองและทารก (Perry et al., 2018) ผู้ป่วยอาจมีอาการผิดปกติทางการคิด ทำร้ายตัวเองหรือบุตร ความต้องการนอนหลับลดลงอย่างมาก เป็นภาวะที่อันตรายและต้องได้รับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์เสี่ยงมี สาเหตุ อาการ อาการแสดง การประเมิน การวินิจฉัยไม่แตกต่างจากมารดาครรภ์ปกติ (Slomian et al., 2019) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1: เปรียบเทียบภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และภาวะจิตผิดปกติหลังคลอด (Pillitteri, 2014)

	ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum Blues)	ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum Depression)	ภาวะจิตผิดปกติหลังคลอด (Postpartum Psychosis)
ระยะเวลาการเกิด	1-10 วันหลังคลอด	1- 12 เดือนหลังคลอด	ภายใน 1 ปีหลังคลอด
อาการ	เศร้า ร้องไห้ไม่มีเหตุผล	วิตกกังวล รู้สึกสูญเสีย ผิดหวัง เศร้า	หลงผิด เห็นภาพหลอน ต้องการทำร้ายตนเองหรือ ทารก
อุบัติการณ์	ร้อยละ 70 ของการคลอด ทั้งหมด	ร้อยละ 10 ของการคลอด ทั้งหมด	ร้อยละ 1-2 ของการคลอด ทั้งหมด

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เชื่อว่ามีสาเหตุที่ทำให้มีภาวะเสี่ยงเพิ่มขึ้น ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน ได้แก่ การเพิ่มขึ้นหรือลดลงของระดับฮอร์โมนภายหลังคลอด ได้แก่ Estrogen, Progesterone, Prolactin, Luteinizing hormone (LH), Follicle stimulating hormone (FHS), Cortisone, B-endorphin และ Thyroid hormone (Perry et al., 2018)



2. การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด เช่น ระยะเวลาคลอดยาวนานหรือต้องใช้เครื่องมือช่วยคลอด เป็นต้น
3. บุคลิกลักษณะส่วนบุคคล (Personality traits) จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีบุคลิกภาพแบบที่มีความไม่มั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism) มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) (Puyane et al., 2021)
4. มีประวัติภาวะซึมเศร้ามาก่อน หรือมีการเจ็บป่วยทางด้านจิตหรือติดแอลกอฮอล์ (Alcoholism) (Wang et al., 2021) หรือมีบุคคลในครอบครัวที่มีภาวะซึมเศร้ามาก่อนเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Kjeldsen et al., 2022) ได้สูงถึง 2.8 เท่า (Perry et al., 2018)
5. ความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอหรือสภาพแวดล้อมที่มีแรงกดดันสูง เช่น การมีปัญหในครอบครัว การติดสถานการณ์ทางการเงินหรือการมีความผิดปกติในการดูแลบุตร เป็นต้น การมีระบบสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอจากครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส หรือผู้ให้ความรักผิดชอบอื่น ๆ อาจเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Sutthiprapa & Wunchooserm, 2021) รวมถึงประสบการณ์ทางอารมณ์ที่รุนแรง เช่น ความเจ็บปวด ความเสียหาย หรือความสูญเสียสำคัญ เป็นต้น อาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
6. สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงหรือมีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมระหว่างตั้งครรภ์ เป็นอีกสาเหตุหนึ่ง que เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จากความเครียดและความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์เนื่องจากปัญหาทางสุขภาพของมารดาที่อาจส่งผลกระทบต่อทารก โดยสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงมีความเครียดสูงกว่ามารดาครรภ์ปกติอย่างมีนัยสำคัญ (Zadeh et al., 2012) มารดาที่มีประวัติครรภ์เสี่ยงมีโอกาสสูงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเนื่องจากความเครียดทั้งในด้านสุขภาพของตนเองและทารก เช่น มารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 1.32 เท่าของมารดาปกติ (Arafa & Dong, 2019) และมารดาที่มีการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 1.32 เท่าของมารดาปกติ (de Paula Eduardo et al., 2019)
7. ความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ร้อยละ 14 และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 1 เดือนลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 37 รวมถึงการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว (Exclusive breastfeeding) ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 53 (Xia et al., 2022)

อาการของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

อาการที่พบในมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่

1. ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมมีน้อย ไม่มีสมาธิ มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้านักขาดความสนใจและความสุขในกิจกรรมที่เคยทำอย่างสนุกสนานและเป็นที่ยอมรับ เช่น ขาดความสนใจในการดูแลตนเองหรือบุตร ขาดความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น
2. อารมณ์ที่ผิดปกติ มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าอาจมีอาการที่ผิดปกติ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เช่น ความรู้สึกเฉื่อยชา หรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย ร้องไห้ง่าย ไม่สามารถหยุดร้องให้ได้ รับประทานอาหารได้น้อยหรือรับประทานอาหารมาก เป็นต้น
3. ความวิตกกังวลและความกังวล มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าอาจมีอาการวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น รวมถึงความกังวลในการดูแลบุตร ความกังวลในการเปลี่ยนแปลงทางชีวิต และความกังวลในการมีความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ที่ท้าทาย เช่น การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่มีความกลัวและวิตกกังวลอย่างรุนแรงเกี่ยวกับตนเองและทารก มักพูดถึงความหวาดกลัวหรือภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วย รู้สึกไม่มั่นคง ไม่สามารถตัดสินใจได้



4. ความเหนื่อยล้าและการมีสมรรถภาพลดลง มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้านักมีความเหนื่อยล้าที่เพิ่มขึ้น รวมถึงการมีสมรรถภาพลดลงทั้งทางกายและจิตใจ เช่น ความไม่สามารถนอนหลับหรือการนอนมากเกินไป

5. ความคิดเรื่องตายและความคิดเกี่ยวกับตัวเอง มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าอาจมีความคิดเรื่องการตายและความคิดเกี่ยวกับตัวเองที่เป็นลบ อาจมีความคิดเกี่ยวกับการทำร้ายตนเองหรือความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แบ่งได้เป็นผลกระทบต่อมารดา ผลกระทบต่อทารก ผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว และผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม

ผลกระทบต่อมารดาทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ได้แก่ มารดามีอาการเศร้าต่อเนื่อง ความวิตกกังวล หงุดหงิด และหมัดหัว (Perry et al., 2018) ในด้านร่างกาย มีความเหนื่อยล้า และมีปัญหาในการนอนหลับโดยอาจจะนอนทั้งวันหรือนอนไม่หลับ (Jacques et al., 2019) สำหรับมารดาหลังคลอดที่มีครรภ์เสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ผลกระทบด้านร่างกายอาจทำให้มีการดำเนินของโรคมามากขึ้นหรืออาจกลายเป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน เป็นต้น (Bengtson et al., 2021) ภาวะด้านจิตใจมีผลกระทบในด้านความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสามารถกีดขวางกระบวนการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าอาจไม่มีการมีปฏิสัมพันธ์กับทารกซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาสายสัมพันธ์กับทารก กรณีที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงอาจส่งผลให้การดูแลและการตอบสนองต่อความต้องการของทารกลดลง (Letourneau et al., 2011) นอกจากนี้ยังมีความล่าช้าในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าอาจมีความยากลำบากในการเริ่มต้นการให้นม หรือประสบปัญหาในการให้นมอย่างต่อเนื่อง (Fariás-Antúnez et al., 2020)

ผลกระทบต่อทารก ได้แก่ ความล่าช้าในการพัฒนาและปัญหาทางพฤติกรรมของเด็ก การมีภาวะซึมเศร้าสามารถมีผลกระทบต่อการพัฒนาและพฤติกรรมของเด็ก ทารกที่มีมารดาที่มีภาวะซึมเศร้านักจะมีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า ทารกมักมีภาวะท้องเสียเรื้อรัง และภาวะขาดสารอาหาร (Slomian et al., 2019) ส่วนผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสามารถสร้างความตึงเครียดในความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความทุกข์ใจของมารดาอาจมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของคู่สมรสและการทำงานร่วมกันของครอบครัว สามารถส่งผลให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น การขัดแย้ง และการขัดข้องในรูปแบบการดำเนินชีวิตและความรับผิดชอบในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสามารถมีผลกระทบทางเศรษฐกิจที่สำคัญทั้งในระดับบุคคลและสังคม เกิดจากค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้น และการขาดรายได้ของสามีและมารดา นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ไม่ได้รับการรักษาอาจมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจในระยะยาว เนื่องจากผลกระทบที่เป็นลบต่อการพัฒนาของเด็กและอาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัวตามมา (Acheanpong et al., 2022)

การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นกระบวนการที่ผู้ให้การดูแลสุขภาพทางสุขภาพจะใช้ประวัติ อาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมเพื่อระบุว่ามีอาการและสัญญาณที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดหรือไม่ กระบวนการวินิจฉัยได้แก่

1. การประเมินอาการ ผู้ให้การดูแลสุขภาพทางสุขภาพอาจใช้เครื่องมือการประเมินอาการเฉพาะ เช่น ตารางการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum Depression Screening Scale) หรือ Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) เพื่อตรวจสอบอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เช่น ความเศร้า ความ



เหตุ ความวิตกกังวล หรือความเบื่อหน่าย

2. การสอบถามประวัติทางจิตเวช ผู้ให้การดูแลอาจสอบถามเกี่ยวกับประวัติทางจิตเวชของผู้ป่วย รวมถึงประวัติการมีภาวะซึมเศร้าหรือโรคจิตเวชอื่น ๆ ที่อาจเคยประสบมาก่อนหน้านี้

3. การประเมินปัจจัยเสี่ยง ผู้ให้การดูแลอาจสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เช่น ประวัติครอบครัว สภาพทางเศรษฐกิจ ความรับผิดชอบในการดูแลบุตร เป็นต้น นอกจากนี้ควรมีการตรวจร่างกาย เพื่อตรวจหาสาเหตุอื่นที่อาจเป็นผลให้เกิดอาการที่คล้ายกับภาวะซึมเศร้า

4. การวินิจฉัยอื่น ๆ ในบางกรณี เช่น การสังเกตอาการจากผู้ใกล้ชิด ซึ่งอาจอ้างถึงการวินิจฉัยจากคู่สมรส หรือผู้ใกล้ชิดที่สังเกตเห็นอาการของมารดาหลังคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งได้รับการพัฒนาและเป็นที่นิยมในการใช้งานในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่

1. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1978) เป็นเครื่องมือที่ใช้แพทย์และผู้ให้การดูแลในการคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดซึ่งนิยมใช้มากที่สุด มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อที่สอบถามเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย ผู้ทดสอบต้องทำเครื่องหมายที่คำตอบที่ตรงกับสถานะที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach α) เท่ากับ .87 การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วน 4 ระดับ โดยพิจารณาจุดตัดที่เหมาะสมกับคนไทยที่มากกว่าหรือเท่ากับ 11 แปลผลว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Anusornteerakul et al., 2021)

2. Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) (Beck & Gable, 2000) เป็นเครื่องมือที่มีคำถาม 35 ข้อ องค์กรประกอบ 7 ด้าน ประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 ด้าน ได้แก่แบบแผนการนอนหลับและการรับประทานอาหาร ความวิตกกังวล ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความผิดปกติด้านการรับรู้ การสูญเสียการเป็นตัวเอง ความรู้สึกผิดหรือละอายใจ และความคิดในการทำร้ายตนเอง แต่ละด้านมีข้อคำถามย่อย 5 ข้อ ที่ใช้ในการวินิจฉัยและประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด คำถามเกี่ยวข้องกับอาการทางร่างกายและจิตใจที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด คะแนนรวมทั้งหมด 175 คะแนน จุดตัดคะแนนคือ 80 คะแนน แปลผลว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach α) เท่ากับ .83-.94

3. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Anusornteerakul et al., 2021) เป็นเครื่องมือการประเมินสุขภาพที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (depression) ในบุคคลที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 9 ข้อ โดยประเมินอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ การแปลผล < 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยมาก 7-12 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และ ≥ 19 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับมากหรือรุนแรง

4. Beck Depression Inventory (BDI) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าทั่วไป ซึ่งสามารถใช้ได้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิตใจ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach α) เท่ากับ .86

การเลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดขึ้นอยู่กับความเหมาะสม บริบทและนโยบาย ในการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันอยู่กับประชากรที่ศึกษา สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม เช่น มีการศึกษาในประเทศไทยพบว่า การประเมินด้วยแบบประเมิน EPDs พบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่าการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q ถึง 2.7 เท่า ดังนั้นการเลือกใช้แบบประเมินมากกว่า 1 แบบจะทำให้คัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากขึ้น (Anusornteerakul et al., 2021)



การป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นสิ่งที่สำคัญ และสามารถทำได้ด้วยการดูแล และการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังการคลอด (Tsakiridis et al., 2019)

1. การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวมีความสำคัญมากต่อมารดาครรภ์เสี่ยง ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนและให้กำลังใจแก่มารดาครรภ์เสี่ยง การสนับสนุนทางอารมณ์และกำลังใจจากครอบครัวช่วยลดความเครียดและเสริมสร้างสุขภาพจิตของมารดาในระยะหลังคลอดที่มีประวัติครรภ์เสี่ยง ให้สามารถเผชิญปัญหาและความไม่สบายที่เกิดขึ้น

2. การให้การดูแลและสนับสนุนทางการแพทย์การตรวจสุขภาพหลังการคลอดเป็นสิ่งสำคัญเพื่อตรวจสอบสภาพร่างกายและจิตใจ และจะสามารถให้คำแนะนำได้อย่างเหมาะสม

3. การป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในสตรีครรภ์เสี่ยงสามารถป้องกันได้ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ (Paladine et al., 2019) โดยการให้ความรู้และให้คำปรึกษาในการเตรียมความพร้อมก่อนการคลอด การให้ความรู้แก่สตรีครรภ์เสี่ยงถึงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง รวมถึงอาการทางจิตวิทยาและวิธีการวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสม จะช่วยให้สตรีครรภ์เสี่ยงและครอบครัวมีการรับมือ และการสนับสนุนที่เหมาะสมในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดทำให้รับรู้ถึงสัญญาณและอาการที่เป็นไปได้ และการค้นหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมหากต้องการ (Tsakiridis et al., 2019) การให้คำแนะนำและคำปรึกษาแก่สตรีครรภ์เสี่ยง (Pillitteri, 2014) เพื่อจัดการความเครียด สามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

4. การส่งเสริมและให้ความสำคัญกับการพักผ่อนและการนอนหลับที่เพียงพอ

5. การส่งเสริมการลดความเครียดโดยใช้เทคนิคการจัดการความเครียด เช่น การฝึกสติ การหายใจลึก ๆ หรือการเล่นกิจกรรมที่ชื่นชอบ รวมถึงการดูแลสุขภาพร่างกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

6. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการหลีกเลี่ยงสิ่งนี้อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพจิต เช่น การดื่มแอลกอฮอล์หรือการสูบบุหรี่ (Anusornteerakul et al., 2021)

แนวทางการรักษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การรักษาทางการแพทย์สำหรับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสามารถมีหลายแนวทาง และการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการรักษาและการดูแลผู้ป่วยจะต้องพิจารณาตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และความเหมาะสมต่อสภาพและความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ โดยเฉพาะมารดาในระยะหลังคลอดที่มีประวัติครรภ์เสี่ยง การจัดการภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเน้นการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางสังคม (Department of Mental Health, 2021) ดังนี้

1. การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาความเครียดของมารดาครรภ์เสี่ยง เช่น การสนทนากับพยาบาลจิตเวช หรือผู้ให้คำปรึกษา เป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการซึมเศร้า และช่วยให้สามารถจัดการกับความเครียดและอารมณ์ที่ไม่ดีได้ หรือการใช้เทคนิคการจิตบำบัดเฉพาะ เช่น การบำบัดความเครียด การบำบัดความรู้สึกร่วมด้วยการสร้างความมั่นใจ หรือการบำบัดเชิงพฤติกรรม เป็นต้น

2. การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดสำคัญมากในการสนับสนุนมารดาครรภ์เสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความร่วมมือและการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถช่วยลดความเครียดและเสริมสร้างความมั่นคงทางจิตใจ การรับรู้และการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดอาจเป็นปัจจัยที่สำคัญในการให้การรักษาและการฟื้นตัวของมารดาครรภ์เสี่ยง

3. การดูแลที่ใกล้ชิดและติดตามมารดาครรภ์เสี่ยง เพื่อให้แน่ใจว่าได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง พยาบาลผดุงครรภ์อาจจะต้องติดตามสภาวะสุขภาพของมารดาครรภ์เสี่ยงเพื่อประเมินผลการรักษา และกำหนดแผนการดูแลเพิ่มเติมหากจำเป็น



4. การให้ยา แพทย์จะพิจารณาให้ยาแก่ผู้ป่วยเพื่อช่วยลดอาการซึมเศร้า ยาที่ใช้บ่อยคือยาต้านซึมเศร้า (antidepressants) เช่น ยากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) หรือยากลุ่ม Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) ซึ่งการใช้ยาต้องให้คำแนะนำและติดตามจากแพทย์เสมอ เนื่องจากยาบางชนิดอาจมีผลข้างเคียงหรือผลกระทบต่อมารดาครรภ์เสี่ยงและอาจผ่านน้ำนมไปสู่ทารก

การพยาบาลมารดาครรภ์เสี่ยงและบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์

การพยาบาลมารดาครรภ์เสี่ยงหลังคลอด พยาบาลผดุงครรภ์ต้องสังเกตและเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยต้องประเมินและให้การดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ดังนี้

การประเมินด้านร่างกาย

1. การซักประวัติ โดยการซักถามและศึกษาจากบันทึกประวัติ โดยที่ผู้ให้ประวัตินั้นอาจเป็นญาติ จาการดา ในระยะหลังคลอดที่มีประวัติครรภ์เสี่ยงหรือเป็นประวัติที่มารดาได้ให้ไว้ก่อนที่จะเกิดอาการ การซักประวัติ พยาบาลผดุงครรภ์นอกจากประวัติโรคทางอายุรกรรมและความผิดปกติทางสูติกรรมที่ต้องประเมินโดยละเอียด แล้วพยาบาลผดุงครรภ์ควรสอบถามถึงประวัติทางจิตเวชของมารดาครรภ์เสี่ยงและครอบครัว และประเมินสภาวะ ด้านจิตใจของมารดาครรภ์เสี่ยงเพื่อประเมินความเครียดหรือสิ่งที่กระทบต่ออารมณ์ และความต้องการการดูแล นอกจากนี้ควรซักประวัติการเกิดความเครียดหรือวิตกกังวลในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดเพื่อที่จะประเมิน ความเสี่ยงและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Department of Mental Health, 2021)

2. การตรวจร่างกาย การตรวจร่างกายครอบคลุมทุกระบบโดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องเฉพาะเจาะจงกับโรคทาง อายุรกรรมของสตรีครรภ์เสี่ยง เพื่อค้นหาปัญหาและป้องกันไม่ให้อาการทางอายุรกรรมรุนแรงยิ่งขึ้น (Paladine et al., 2019)

การประเมินด้านจิตใจ

การประเมินด้านจิตใจของมารดาครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยประเมินความสามารถในการดูแล ตนเอง ความสามารถในการเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา โดยประเมินและสังเกตอาการที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ซึมเศร้า เช่น การเหม่อลอยไร้อารมณ์ การร้องไห้บ่อย ๆ ไม่มีสมาธิในการปฏิบัติกิจกรรม ไม่สนใจดูแลสุขอนามัย ตนเอง แสดงกิริยาโกรธสามี ญาติและทารก นอนไม่หลับ พูดถึงแต่ความล้มเหลว ความเศร้า ความอ้างว้าง โดดเดี่ยว ความวิตกกังวลหรือความสับสน การแสดงบทบาทการเป็นมารดา เป็นต้น เพื่อนำมาวางแผนการ พยาบาลให้ครอบคลุม นอกจากนี้พยาบาลผดุงครรภ์ควรเลือกใช้รูปแบบและแบบประเมินสุขภาพจิตที่เหมาะสม American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) แนะนำให้ประเมินสุขภาพจิตใจ พฤติกรรม และอารมณ์ของมารดาหลังคลอดทุกราย ควรประเมินภาวะสุขภาพกายจิตสังคม (Biopsychosocial assessment) ภายใน 3 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์หลังคลอด (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2023)

บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การพยาบาลมารดาครรภ์เสี่ยงพยาบาลผดุงครรภ์ต้องให้กำลังใจช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมี ปัจจัยนอกเหนือจากความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างเดียวแต่ยังมีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่มารดาครรภ์เสี่ยงกำลังเผชิญ ดังนั้นจึงควรสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจเพื่อให้มารดาครรภ์เสี่ยงได้ระบายความรู้สึกเพื่อ หาแนวทางช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม



บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะซึมเศร้า

1. เฝ้าระวังและติดตามภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม ควรสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังคลอด ความก้าวหน้าของโรค ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์ควรให้คำแนะนำแก่มารดาหลังคลอดเกี่ยวกับการตรวจรักษา เช่น มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ต้องได้รับการติดตามระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านหรือมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต้องได้รับการตรวจด้วยน้ำตาล 75 กรัมภายใน 4-12 สัปดาห์หลังคลอด เป็นต้น (Paladine et al., 2019)
2. จัดกิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริมการให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เพื่อให้มารดาหลังคลอดและครอบครัวรู้เท่าทันและสามารถประเมินหรือดูแลตนเองได้
3. ส่งเสริมให้มารดาครรภ์เสี่ยงได้รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง
4. ส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เพื่อให้มารดาครรภ์เสี่ยงและบุตรได้สร้างสัมพันธภาพระหว่างกัน และช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าจากการหลังสารแห่งความสุขขณะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
5. ส่งเสริมให้มารดาครรภ์เสี่ยงหยุดพักจากการดูแลทารกโดยการให้ครอบครัวหรือสามีมีส่วนร่วมเพื่อให้มารดาสามารถครรภ์เสี่ยงได้พักผ่อน และลดความเครียดจากการดูแลบุตร
6. กระตุ้นให้มารดาครรภ์เสี่ยงได้ระบายความรู้สึก สิ่งทวิตกกังวล ความเหนื่อยล้ารวมถึงการให้คำปรึกษาเพื่อลดความเครียด
7. ส่งเสริมให้มารดาครรภ์เสี่ยงมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เช่น ห้องฝึกสอนการดูแลทารกร่วมกับมารดาท่านอื่น
8. ตรวจสอบให้แน่ใจว่ามารดาครรภ์เสี่ยงได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อประคับประคองทางด้านจิตใจและสร้างความผูกพันในครอบครัว
9. การให้คำปรึกษาและส่งต่อหรือปรึกษานักบำบัดหรือจิตแพทย์เมื่อประเมินพบความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

บทบาทพยาบาลในการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า

1. บทบาทในการให้ความรู้และการเป็นที่ปรึกษา แม้ว่ามารดาครรภ์เสี่ยงจะมีการแสดงอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าไม่ต่างจากการตั้งครรภ์ปกติ แต่พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมอาการของโรคหรือภาวะเสี่ยงที่มารดาครรภ์เสี่ยงเผชิญ นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการเป็นที่ปรึกษาและให้กำลังใจแก่มารดาครรภ์เสี่ยงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ต้องรับการรักษาที่โรงพยาบาล รวมถึงการเป็นผู้ประสานการดูแลร่วมกับครอบครัวเพื่อให้การรักษายาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดมีส่วนสำคัญต่อการดูแล ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงต้องสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาที่แนะนำการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่ออยู่บ้านโดยใช้โปรแกรม “NURSE Program” (Beck and Driscoll as cited in Kanjanavas, 2020) ดังนี้
N = Nourishment (Nutrition) and needs พยาบาลผดุงครรภ์ควรดูแลให้มารดาครรภ์เสี่ยงได้รับอาหารและน้ำที่เหมาะสมต่อโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอยู่และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
U = Understanding ได้แก่ การอธิบายมารดาครรภ์เสี่ยงให้เข้าใจกระบวนการในการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ภาพลักษณ์ และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ความกลัวหรือความวิตกกังวลต่าง ๆ
R = Rest and relaxation ส่งเสริมให้มารดาครรภ์เสี่ยงมีการพักผ่อนและผ่อนคลายจากภาระการเลี้ยงดูบุตรโดยการให้ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการดูแล การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดรวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลและประเมินสตรีครรภ์เสี่ยง



S = Spirituality ส่งเสริมให้มารดาครรภ์เสี่ยงมีการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อเพื่อเป็นที่พึ่งทางใจตามความเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงลดความวิตกกังวลหรือความเครียดลง

E = Exercise การส่งเสริมการออกกำลังกายของมารดาครรภ์เสี่ยงอย่างเหมาะสมร่วมกับครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดเพื่อให้มีการหลั่งสารแห่งความสุขและเป็นการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว

3. ในกรณีการรับไว้ดูแลในโรงพยาบาล มารดาครรภ์เสี่ยงบางรายอาจต้องใช้ยาต้านซึมเศร้า พยาบาลผดุงครรภ์ควรดูแลการได้รับยาให้ตรงเวลาและสม่ำเสมอตามแผนการรักษา เฝ้าระวังการเกิดผลของเคียงของยา และติดตามประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลของยาอย่างใกล้ชิด

บทสรุป

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นภัยเงียบสำหรับมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาที่มีประวัติครรภ์เสี่ยงมีโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้สูงกว่าปกติ จากความผิดปกติทางอารมณ์ ความวิตกกังวล และความเครียดต่อภาวะสุขภาพของตนเองหรือทารกในครรภ์ ก่อให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ตามบทบาท การทำหน้าที่ของมารดาลดลง มีความยุ่งยากต่อการมีสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง เกิดความตึงเครียดภายในครอบครัว และอาจพัฒนาไปเป็นภาวะจิตผิดปกติหลังคลอดได้ แม้ว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครรภ์เสี่ยงจะมีการแสดง การดูแล การรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับมารดาครรภ์ปกติ แต่การตระหนักถึงความสำคัญและองค์ความรู้ที่มีเพื่อใช้ในการประเมินและการพยาบาล จะทำให้พยาบาลผดุงครรภ์สามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้อย่างรวดเร็ว ในประเทศไทยแม้ว่าปัจจุบันจะมีความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้น แต่ยังพบช่องว่างในการดูแล เช่น ไม่มีระบบที่ชัดเจนในการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด รวมถึงยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการป้องกัน และการดูแลมารดาครรภ์เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ดังนั้นจึงควรพิจารณาจัดทำแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าใช้ในสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ เพื่อให้การดูแลอย่างเป็นระบบและครอบคลุม และเพื่อสร้างความตระหนักแก่พยาบาลผดุงครรภ์ซึ่งมีบทบาทสำคัญเนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาครรภ์เสี่ยง ที่ต้องให้การดูแล ประเมินและติดตามภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม สภาวะทางอารมณ์รวมถึงการให้คำปรึกษา ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและป้องกันการพัฒนาเป็นภาวะทางจิต หรือการส่งผลกระทบต่อตัวมารดา ทารก และครอบครัว

References

- Acheanpong, K., Pan, X., Kaminga, A. C., & Liu, A. (2022). Prevalence and risk factors of prenatal depression among pregnant women attending antenatal clinic at Adventist Hospital, Bekwai Municipality, Ghana. *Medicine*, 101(10), e28862.
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000028862> (in Thai)
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2023). *Postpartum depression guideline*.
<https://www.acog.org/search#q=postpartum%20depression%20guidelines&sort=relevancy>
- Arafa, A., & Dong, J-Y. (2019). Gestational diabetes and risk of postpartum depressive symptoms: A meta-analysis of cohort studies. *Journal of Affective Disorders*, 253, 312–316.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.001>
- American Psychiatric Association. (2023). *Postpartum depression: Causes, symptoms, risk factors, and treatment options*. <https://www.apa.org/topics/women-girls/postpartum-depression>



- Anusornteerakul, S., Harnklar, S., & Booranasun, T. (2021). Prevalence of postpartum depression during the outbreak situation of coronavirus 19. *Journal of Nursing and Health Care*, 40(1), 94-101. (in Thai)
- Anusornteerakul, S., Harnklar, S., Ounkeaw, A., Sitthi, K., & Booranasun, T. (2022). Postpartum depression and adaptation of first postpartum mothers and second postpartum mothers. *Mahasarakham Hospital Journal*, 19(2), 164-175. (in Thai)
- Bangsuwan, S., Kantaruksa, K., & Chaloumsuk, N. (2021). Factors related to depression among gestational diabetic women. *Nursing Journal*, 48(1), 234- 244.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2000). Postpartum depression screening scale: Development and psychometric testing. *Nursing Research*, 49(5), 272–282.
- Bengtson, A. M., Ramos, S. Z., Savitz, D. A., & Werner, E. F. (2021). Risk factors for progression from gestational diabetes to postpartum type 2 diabetes: A review. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 64(1), 234–243. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000585>
- Caropreso, L., de Azevedo Cardoso, T., Eltayebani, M., & Frey, B. (2020). Preeclampsia as a risk factor for postpartum depression and psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 23, 493- 505. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-01010-1>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1978). Detection of postnatal depression. Development of the 10-items Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- de Paula Eduardo, J. A. F., de Rezende, M. G., Menezes, P. R., & Del-Ben, C. M. (2019). Preterm birth as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 259, 392–403. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.069>
- Department of Mental Health. (2021). *Postpartum depression*. [https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30945#:~:text=Postpartum depression](https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30945#:~:text=Postpartum%20depression) (in Thai)
- Fariás-Antúnez, S., Santos, I. S., Matijasevich, A., & de Barros, A. (2020). Maternal mood symptoms in pregnancy and postpartum depression: Association with exclusive breastfeeding in a population-based birth cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(5), 635-643. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01827-2>
- Jacques, N., de Mola, C. L., Joseph, G., Mesenburg, M. A., & da Silveira, M. F. (2019). Prenatal and postnatal maternal depression and infant hospitalization and mortality in the first year of life: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 243, 201-208. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.055>
- Kanjanavas, P. (2020). *The effect of cognitive behavioral therapy program on postpartum depression among primiparous mothers*. [Unpublished master's thesis]. Burapha University.



- Kjeldsen, M. Z., Bricca, A., Liu, X., Frokjaer, V. G., Madsen, K. B., & Munk-Olsen, T. (2022). Family history of psychiatric disorders as a risk factor for maternal postpartum depression: A systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 11(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-01952-1>
- Letourneau, N., Stewart, M., Dennis, C-L., Hegadoren, K., Duffett-Legar, L., & Watson, B. (2011). Effect of home-based peer support on maternal–infant interactions among women with postpartum depression: A randomized, controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(5), 345-357.
- Mughal, S., Azhar, Y., & Siddiqui, W. (2022). *Postpartum depression*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/#:~:text=Postpartum%20depression%20most%20commonly%20occurs,%25%20to%2020%25%20of%20women>
- Nuanchawee, W. (2019). *The prevalence of postpartum depression and factors predicting postpartum depression in postpartum mothers*. [Unpublished master's thesis]. Huachiew Chalermprakiet University. (in Thai)
- Paladine, H. L., Blenning, C. E., & Strangas, Y. (2019). Postpartum care: An approach to the fourth trimester. *American Family Physician*, 100(8), 485-491.
- Pansri, S., Phahuwatanakorn, W., Yusamran, C., & Putdivarnichapong, W. (2019). Adaptive factors influencing mental health of postpartum mothers. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(2), 160-169.
- Perry, S. E., Lowdermilk, D. L., Cashion, K., Alden, K. R., Olshansky, E. F., Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2018). *Maternal child nursing care* (6th ed.). Elsevier.
- Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (7th ed.). Lippincott: Williams & Wilkins.
- Puyane, M., Subira, S., Torres, A., Roca, A., Garcia-Esteve, L., & Gelabert, E. (2021). Personality traits as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 298, 577–589. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.010>
- Sangprasert, A., & Kontha, J. (2023). Predictors of postpartum depression among mothers with complications during pregnancy. *Journal of Social Science and Cultural*, 7(3), 101-116. (in Thai)
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J-Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, 1745506519844044. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Sutthiprapa, A., & Wunchooserm, P. (2021). The role of nurses in caring for first- time mothers with postpartum depression. *Journal of MCU Nakhondhat*, 8(11), 40-53. (in Thai)
- Tsakiridis, I., Bousi, V., Dagklis, T., Sardeli, C., Nikolopoulou, V., & Papazisis, G. (2019). Epidemiology of antenatal depression among women with high-risk pregnancies due to obstetric complications: A scoping review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 300(4), 849- 859. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05270-1>



- Unicef. (2021). *What is postpartum depression? Learn about the signs and how to find support*.
<https://www.unicef.org/parenting/mental-health/what-postpartum-depression>
- Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., Xiao, X., Zhang, W., Krabbendam, E., Liu, S., Liu, Z., Li, Z., & Yang, B. X. (2021). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational Psychiatry*, 11(1), 543. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01663-6>
- Xia, M., Luo, J., Wang, J., & Liang, Y. (2022). Association between breastfeeding and postpartum depression: A meta analysis. *Journal of Affective Disorder*, 308, 512-519.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.091>
- Zadeh, M. A., Khajehei, M., Sharif, F., & Hadzic, M. (2012). High-risk pregnancy: Effects on postpartum depression and anxiety. *British Journal of Midwifery*, 20(2), 104-113.