



ภาวะซึมเศร้าของบิดาและบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ Paternal Depression and Role of Nurse Midwife

จิราภรณ์ นันทชัย พย.ม.* Jiraporn Nunchai M.N.S.*
พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ พย.ด.** Punpilai Sriarporn Ph.D.**

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าของบิดา เป็นการเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของผู้เป็นบิดา แสดงออกด้วยอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มีอารมณ์เศร้า มีการเปลี่ยนแปลงในความอยากอาหาร และมีการใช้ยาหรือดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะซึมเศร้าของบิดามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลกทั้งประเทศในแถบยุโรปและเอเชีย สำหรับประเทศไทยพบภาวะซึมเศร้าของบิดาไทย ร้อยละ 13.88 (จิราภรณ์ นันทชัย, 2557) และสำหรับบิดาที่มีบุตรคนแรกพบได้ร้อยละ 24.14 (พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, 2558) ภาวะซึมเศร้าของบิดาส่งผลกระทบต่อทั้งบิดา มารดา และบุตร ทำให้การทำหน้าที่ของผู้เป็นบิดาลดลง มีความยากลำบากในการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นบิดา ไม่มีความมั่นใจในการสนับสนุนช่วยเหลือมารดาหลังคลอด และมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรลดน้อยลง ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และพัฒนาการของบุตรในวัยทารก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของบิดา 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุของบิดา การทำงาน การวางแผนการมีบุตร และความพึงพอใจในเพศของบุตร 2) ปัจจัยด้านชีวภาพ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกาย และ 3) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน ความเชื่อมั่นในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของบิดา โดยเริ่มตั้งแต่การคัดกรองภาวะซึมเศร้าของบิดา รวมทั้งการส่งเสริม สนับสนุนบทบาทการเป็นบิดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดของภรรยา โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของบิดา ทั้งนี้เพื่อให้บิดาสามารถปรับตัวสู่บทบาทใหม่และทำหน้าที่บิดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า บิดา พยาบาลผดุงครรภ์

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

* Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Abstract

Paternal depression is a deviation of emotion, thinking and perception that causes physical and psychological changes within the father. Its symptoms are fatigue, headache, despondence, changes in appetite and the use of drugs or alcohol. Paternal depression is increasing worldwide, both in Europe and Asia. In Thailand, the paternal depression rate was found to be 13.88% (Nunchai, 2014) and 24.14% for the first time father (Sriarporn, 2015). Paternal depression affects the father, mother and children through the father's decreased functionality, his difficulties to adapt to his roles, his lack of confidence in supporting the mother during postpartum, and his decreased interaction with his children. Therefore, it has a negative impact on the emotional development of the child. There are three factors associated with paternal depression: 1) personal factors such as age of father, working status, plan to have child, and satisfaction of baby's sex; 2) biological factors related to changing hormone levels; and 3) psychosocial factors such as stress, anxiety, uncertainty, self-confidence and social support. Nurse midwives have role in preventing paternal depression which starts with screening paternal depression and promoting support for the father's role through pregnancy, labor and postpartum of his wife. Through concerning of factors associated with paternal depression, so that father could adapt to his new role and function effectively.

Key words: Depression, Paternal, Nurse Midwife

บทนำ

การเป็นบิดา ถือว่าเป็นพัฒนาการที่สำคัญในช่วงชีวิตของผู้ชาย โดยในสังคมไทยจะยกย่องให้บิดาเป็นบุคคลที่สำคัญในครอบครัว มีบทบาทในการหาเลี้ยงครอบครัว การปกป้องคุ้มครอง การเป็นผู้นำ การเลี้ยงดูบุตร และการเป็นแบบอย่างทางสังคมแก่บุตร (สุพัตราสุภาพ, 2545) ผู้เป็นบิดาจะมีการปรับตัวให้เข้ากับบทบาทการเป็นบิดาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในวัยที่ภรรยาตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด โดยเฉพาะในระยะหลังคลอดบิดามีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ 4 ด้านคือ 1) ด้านการปกป้อง ได้แก่ การคุ้มครองบุตรทั้งทางร่างกายและจิตใจจากอันตรายต่างๆ 2) ด้านการสร้างสัมพันธภาพของครอบครัว ได้แก่ การสร้างความผูกพัน ความสัมพันธ์ และความรักแก่บุตร การจัดสรรเวลา

สำหรับภรรยา และการช่วยทำงานบ้าน 3) ด้านการจัดการ ได้แก่ การหาเงินสำหรับครอบครัว การยอมรับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องหรือการกู้ยืมเงินเมื่อมีความจำเป็นในกรณีฉุกเฉิน และ 4) ด้านการเป็นผู้ให้การดูแล ได้แก่ การดูแลบุตร เช่นการดูแลให้ได้รับอาหาร การทำความสะอาดร่างกายบุตร การดูแลให้บุตรนอนหลับ การส่งเสริมพัฒนาการของบุตร การเข้าใจความต้องการของบุตร และการตอบสนองต่อความต้องการของบุตร (Tengtrisorn, 2001) ในระยะที่ภรรยาตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ผู้เป็นบิดาจะมีความตื่นตัวในการแสวงหาข้อมูล การดูแลภรรยาและบุตรของตนเองเพิ่มขึ้น และบิดาบางรายอาจขาดความมั่นใจในตนเองเนื่องจากผู้เป็นบิดาได้รับการเตรียมความพร้อมน้อยกว่ามารดาในด้านจิตใจ สังคม อารมณ์ ความรู้และการปฏิบัติ



ตัวเกี่ยวกับการจัดการปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับมารดาในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด การส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา ตลอดจนการดูแลบุตร (Hoffman, 2011) ในระยะหลังคลอด ผู้เป็นบิดาจะพยายามสร้างความสมดุลในความต้องการส่วนบุคคลและการทำงาน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงบทบาทอาจก่อให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งระหว่างการใช้ชีวิตแบบเดิมกับการเผชิญสถานการณ์ใหม่ในชีวิต (Genesoni & Tallandini, 2009) ซึ่งผู้เป็นบิดามักได้รับความคาดหวังจากสังคมในการเป็นสามีและการเป็นบิดา จึงอาจเกิดความรู้สึกขัดแย้งที่ต้องกระทำหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของตนเองอยู่ตลอดเวลา (Bartlett, 2004) ผู้เป็นบิดาที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นบิดาได้ อาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติด้านอารมณ์และพฤติกรรม หากความผิดปกติดังกล่าวไม่ได้รับการแก้ไข ผู้เป็นบิดาอาจเกิดอารมณ์เศร้า และพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าจนถึงโรคจิตประสาทภายหลังบุตรเกิดได้

พยาบาลผดุงครรภ์เป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับมารดา ผู้เป็นบิดา และครอบครัวตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด การมีความรู้ ความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้เป็นบิดา การสังเกตความผิดปกติด้านอารมณ์และพฤติกรรม การให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม จะช่วยให้ผู้เป็นบิดาสามารถผ่านพัฒนาการที่สำคัญในช่วงชีวิตสู่การเป็นบิดาได้อย่างสมบูรณ์

ภาวะซึมเศร้าของบิดา

ภาวะซึมเศร้าของบิดาเป็นการเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของผู้เป็นบิดา แสดงออกด้วยอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มีอารมณ์เศร้า หงุดหงิด โกรธ วิตกกังวล ผิดหวัง สิ้นหวัง ต้องการแยกตัว มีการเปลี่ยนแปลงในความต้องการอาหาร และมีการใช้ยาหรือดื่มแอลกอฮอล์ (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987; Gao, Chan, & Mao, 2009; Madsen & Juhl, 2007; Mao, Zhu, & Su, 2011; PANDA, 2012) ภาวะซึมเศร้า

ของบิดาพบได้ทั่วโลกทั้งประเทศในแถบยุโรปและเอเชีย โดยประเทศเดนมาร์ก พบร้อยละ 5 (Madsen & Juhl, 2007) ประเทศอังกฤษ พบร้อยละ 4 ในปี ค.ศ. 2005 (Ramchandani, Stein, Evans, & O'Conner, 2005) และเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ในปี ค.ศ. 2010 (Edmondson, Psychogiou, Vlachos, Netsi, & Ramchandani, 2010) ประเทศญี่ปุ่น พบร้อยละ 14.3 (Nishimura & Ohashi, 2010) ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในบิดารายใหม่เป็นร้อยละ 10.8 และร้อยละ 12.5 ในปี ค.ศ. 2009 และปี ค.ศ. 2011 ตามลำดับ (Gao et al., 2009; Mao et al., 2011) สำหรับในประเทศไทยพบภาวะซึมเศร้าของบิดาไทย ร้อยละ 13.88 (จิราภรณ์ นันทชัย, 2557) และสำหรับบิดาที่มีบุตรคนแรกพบได้ร้อยละ 24.14 (พรรณพิไล ศรีอาราณ์, 2558)

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าของบิดาจากการศึกษาของ Post and Antenatal Depression Association (PANDA, 2012) พบว่ามีอาการคล้ายกับอาการและอาการแสดงในภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด คือมีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ อารมณ์เศร้า หงุดหงิด และโกรธ มีความวิตกกังวล ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง ความต้องการทางเพศลดลง มีความรู้สึกต้องการแยกตัว รู้สึกผิดหวัง สิ้นหวังหรือหมดหวัง และมีพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเสพติด และแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น

ผลกระทบภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าของบิดาจะส่งผลกระทบต่อทั้งผู้เป็นบิดา มารดาหลังคลอด และบุตร ดังนี้

ผลกระทบต่อผู้เป็นบิดา ภาวะซึมเศร้าของบิดาทำให้การทำหน้าที่ของผู้เป็นบิดาลดลง (Matthey, Barnett, Ungerer, & Waters, 2000) การศึกษาของ PANDA (2012) พบว่า ภาวะซึมเศร้าของบิดามีผลเชิงลบต่อพฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึก ซึ่งผู้เป็นบิดาที่มีประสบการณ์ของภาวะซึมเศร้าได้อธิบายว่าจะมีความรู้สึกโกรธมารดาหลังคลอด บุตรหรือสมาชิกในครอบครัวอย่างไม่มีเหตุผล ขาดความมั่นใจในตนเอง มีสัมพันธภาพกับมารดาหลังคลอดและบุตรลดลง โดยมีความรู้สึกเหงาและขาดการสื่อสารกับมารดาหลังคลอด ครอบครัว และ



เพื่อน มีการทำงานเพิ่มมากขึ้นเพื่อแยกตัวออกจากครอบครัว ผู้เป็นบิดาบางคนรู้สึกอยากอยู่คนเดียวและไม่ทราบวิธีการจัดการกับปัญหา รู้สึกผิดหวังกับประสบการณ์ของการเป็นบิดาและรู้สึกล้มเหลวในบทบาทบิดา ทำให้มารดาหลังคลอดและบุตรผิดหวัง นอกจากนี้ผู้เป็นบิดายังรู้สึกท้อแท้ หดหู่ ไม่มีความมั่นใจหรือไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง และคิดว่าความรู้สึกของตัวเองที่เกิดขึ้นอาจไม่กลับมาเป็นปกติได้อีก

ผลกระทบต่อมารดาหลังคลอด ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้เป็นบิดามีความยากลำบากในการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นบิดา และไม่มี ความมั่นใจในการให้การสนับสนุนช่วยเหลือมารดาในระยะแรกหลังคลอด ส่งผลให้ในระยะแรกหลังคลอดมารดาไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามความต้องการ (Goodman, 2004) เช่นการช่วยเหลือในด้านความสุขสบายทั่วไป การดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะหลังคลอดของมารดา การช่วยดูแลบุตร เป็นต้น และทำให้มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ลดลง (Wee, Skouteris, Pier, Richardson, & Milgrom, 2011) ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้เป็นบิดากับมารดาหลังคลอด โดยมีสัมพันธ์ภาพกับมารดาหลังคลอดด้อยลง (Matthey et al., 2000) ส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีความพึงพอใจในสถานภาพสมรสลดลง (Goodman, 2004; Wee et al., 2011) และเสี่ยงต่อการเกิดความแตกแยกเพิ่มมากขึ้น (Ramchandani et al., 2011)

ผลกระทบต่อบุตร ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้เป็นบิดามีปฏิสัมพันธ์กับบุตรลดลง (Wee et al., 2011) ส่งผลให้ผู้เป็นบิดาแสดงบทบาทการเป็นบิดา ทั้งการดูแลบุตรในวัยทารก การเล่นหรือทำกิจกรรมร่วมกับบุตรลดลง (Goodman, 2004; PANDA, 2012; Wee et al., 2011) เช่น การอุ้ม โอบกอด หรือสัมผัสบุตร การดูแลความสะอาดร่างกาย การส่งเสริมให้บุตรได้ดูนมมารดา และการส่งเสริมพัฒนาการของบุตรทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เป็นต้น ส่งผลให้ผู้เป็นบิดามีความรู้สึกผูกพันกับบุตรลดลง (Goodman, 2004) เกิดผลกระทบต่อด้านลบต่ออารมณ์และพัฒนาการของบุตรในวัยทารก (PANDA, 2012; Ramchandani et al., 2005) และผล

ด้านลบต่อพฤติกรรมทางสังคมและอารมณ์เมื่อบุตรอายุเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในบุตรเพศชาย (Ramchandani et al., 2005) จะมีผลกระทบมากกว่าบุตรเพศหญิง และถ้าผู้เป็นบิดามีอาการของภาวะซึมเศร้ารุนแรงอาจมีการทำร้ายร่างกายบุตร ซึ่งในระยะยาวบุตรจะมีความเสี่ยงสูงต่อความผิดปกติทางจิต (Wee et al., 2011) เช่นมีพฤติกรรมก้าวร้าว แยกตัวจากสังคม มีโลกส่วนตัว และอาจมีการใช้สารเสพติด เป็นต้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของบิดา

ภาวะซึมเศร้าของบิดายังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน แต่เชื่อว่าเกิดจากปัจจัยหลายประการร่วมกัน จากการทบทวนวรรณกรรม (Ballard, Davis, Cullen, Mohan, & Dean, 1994; Gao et al., 2009; Goodman, 2004; Kim & Swain, 2007; Mao et al., 2011; Nishimura & Ohashi, 2010; PANDA, 2012; Wang & Chen, 2006) สามารถสรุปปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าของบิดาออกเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านชีวภาพ และปัจจัยด้านจิตสังคม ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของบิดา และข้อมูลสุขภาพของภรรยาและบุตร ได้แก่ อายุ โดยบิดาที่มีอายุมากกว่า 30 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าบิดาที่มีอายุน้อย และอายุมากกว่า 30 ปี มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของบิดา ($\chi^2 = 5.6$, $p < 0.05$) (Ballard et al., 1994) การทำงานของผู้เป็นบิดาที่ไม่ใช่งานประจำหรือไม่มีงานทำ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าบิดาที่ทำงานประจำ และการไม่มีงานทำมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของบิดา ($\chi^2 = 5.75$, $p < 0.05$) (Ballard et al., 1994) การเป็นบิดาครั้งแรกถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของบิดา และประสบการณ์ด้านลบหรือการได้รับบาดเจ็บจากการคลอดของภรรยาและบุตรเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของบิดา (PANDA, 2012) การที่บิดามีประวัติภาวะซึมเศร้าในอดีตและการรักษาทางจิตเวช การที่ไม่ได้วางแผน



การมีบุตร (Nishimura & Ohashi, 2010) ความไม่พึงพอใจในเพศของบุตร (Mao et al., 2011) และภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด โดยร้อยละ 24-50 ของบิดาที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีคู่สมรสที่มีประสบการณ์ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Goodman, 2004) และภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของบิดา (Matthey et al., 2000)

2. ปัจจัยด้านชีวภาพ พบการศึกษาบิดาที่มีภาวะซึมเศร้า ของคิมและสเวน (Kim & Swain, 2007) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าของบิดาคาดว่าเกิดจากระดับของฮอร์โมน 5 ชนิดลดลง ในระยะที่ภรรยาตั้งครรภ์และภายหลังบุตรเกิด ได้แก่ 1) ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) ที่ลดลงอาจเกิดจากการตอบสนองของพฤติกรรมการเป็นบิดา เช่น พฤติกรรมเห็นอกเห็นใจเมื่อบุตรร้องไห้ การสร้างสัมพันธภาพกับบุตร เป็นต้น 2) ฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ปกติระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนของผู้ชายเพิ่มขึ้น มีความเกี่ยวข้องกับการตอบสนองของบิดาที่มีภาวะของกลุ่มอาการสามีแพ้ท้อง (couvade syndrome) หรือมีอาการคล้ายตั้งครรภ์ และส่งผลให้บิดามีความกระตือรือร้นในการดูแลบุตรเพิ่มขึ้น ถ้าฮอร์โมนเอสโตรเจนของบิดาอยู่ในระดับที่ไม่สม่ำเสมอหรือลดลง อาจจะรบกวนพฤติกรรมการเป็นบิดาและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าในบิดา 3) คอร์ติซอล (cortisol) พบว่าระดับคอร์ติซอลที่ลดลงของบิดาคาดว่าเกี่ยวข้องกับความยากลำบากในการสร้างความผูกพันระหว่างผู้เป็นบิดากับบุตร และเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้า 4) วาโซเพรสซิน (vasopressin) โดยวาโซเพรสซินจะมีความสำคัญในการแสดงบทบาทการเป็นบิดา ถ้าระดับลดลงบิดาอาจมีความยากลำบากในการแสดงพฤติกรรมการเป็นบิดาและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง และ 5) โปรแลคติน (prolactin) เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการตอบสนองที่ดีต่อการกระตุ้นของบุตรในผู้เป็นบิดาครั้งแรก โดยเชื่อว่าระดับของโปรแลคตินที่ลดลง จะเป็นสาเหตุของความยากลำบากในการปรับตัวสู่การเป็นบิดา และการแสดงออกของอารมณ์ด้านลบ

3. ปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของบิดา ได้แก่ ความเครียด ความเชื่อมั่นในตนเอง และการ

สนับสนุนทางสังคม ดังนี้ ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .584, p < .01$) (Gao et al., 2009; Mao et al., 2011) การศึกษาของ PANDA (2012) พบว่าภาวะซึมเศร้าของบิดาภายหลังบุตรเกิด มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพ การรู้สึกสูญเสียและความโศกเศร้า การเผชิญปัญหาหรืออุปสรรคในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนผ่านสู่บทบาทบิดา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น และความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลภรรยาหลังคลอด การไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง (PANDA, 2012; Wang & Chen, 2006) และการไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Gao et al., 2009; Mao et al., 2011; PANDA, 2012; Wang & Chen, 2006) จากการศึกษาภาวะจิตสังคมของสามีและภรรยาชาวไต้หวันในระยะหลังคลอด จำนวน 83 คู่ ของหวังและเชน (Wang & Chen, 2006) พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของบิดา ได้แก่ ความเชื่อมั่นในตนเอง ($R^2 = .431, p = <.001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($R^2 = .431, p = .001$)

ความเครียดของบิดาเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า การพักผ่อนไม่เพียงพอ โดยมักเกิดจากสภาพแวดล้อมจากที่ทำงานของบิดาและครอบครัว ซึ่งในระยะหลังคลอดผู้เป็นบิดาต้องมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นสามีและบิดา ต้องให้การดูแลช่วยเหลือมารดาในระยะหลังคลอดและการดูแลบุตร ซึ่งการปรับตัวดังกล่าวอาจเป็นสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียด บิดาที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือจากพยาบาลผดุงครรภ์ เนื่องจากความเครียดจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การศึกษาของลู (Lu, 2006) พบความเครียดของผู้เป็นบิดามีความสอดคล้องกับผลทางด้านลบต่อสุขภาพจิตและความพึงพอใจในสถานภาพสมรส

การสนับสนุนทางสังคมของผู้เป็นบิดาแสดงถึงสัมพันธภาพของผู้เป็นบิดาในสังคมกับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือให้เกิดการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้เป็นบิดาได้รับจะทำให้ผู้เป็นบิดารู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีอารมณ์มั่นคง เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองและสามารถแก้ไขปัญหาได้



อย่างเหมาะสม ดังการศึกษาความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของบิดาที่มีบุตรคนแรก จำนวน 150 ราย ที่ 4-8 สัปดาห์หลังบุตรคลอด ของเต็งไตรสรณ์ (Tengtrisorn, 2001) พบว่าผู้เป็นบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก โดยได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์มากที่สุด รองลงมาเป็นการสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ การสนับสนุนด้านการประเมินค่าและการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ตามลำดับ และการศึกษาของจิราภรณ์ นันทชัย (2557) พบว่าบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์มากที่สุด รองลงมาคือด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคมของบิดาส่วนใหญ่ได้รับจากภรรยา ร้อยละ 88.52 รองลงมาคือมารดาของผู้เป็นบิดา ร้อยละ 68.42

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของบิดา

พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้บิดามารดา สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลและป้องกันภาวะซึมเศร้าของบิดาคือความสามารถในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และให้การพยาบาลแบบองค์รวมแก่มารดา และบิดา ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด จนถึงระยะหลังคลอด โดยคำนึงปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า มีรายละเอียดดังนี้

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของบิดา การประเมินภาวะซึมเศร้าของบิดา ซึ่งในปัจจุบันมีเครื่องมือที่หลากหลายชนิด ซึ่งได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับ เครื่องมือที่นิยมนำมาใช้ในการประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่

1.1 The Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) พัฒนาขึ้นโดย รัตลอฟ (Radloff, 1977) เป็นแบบประเมินที่นำมาใช้ในการศึกษาภาวะโรคจิตวิทยาของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรทั่วไป โดยประเมินภาวะซึมเศร้าในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แปล

เป็นภาษาไทยโดยวิไล คุปต์นิรติศัยกุล และพนม เกตุมาน (2540)

1.2 The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย ค็อกและคณะ (Cox et al., 1987) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง โดยประเมินอาการภาวะซึมเศร้าในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1.3 The Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI) พัฒนาโดยเบค (Beck, 1998) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แบบประเมินเป็นแบบสำรวจเพื่อเป็นแนวทางในการสนทนาของบุคลากรด้านสุขภาพ โดยสามารถนำไปใช้ได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด

1.4 Beck Depression Inventory II (BDI-II) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยเบค, สเตียร์ และ บราวน์ (Beck, Steer and Brown, 1996 as cited in Beck & Gable, 2001) เคยมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เหมาะสำหรับใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่และวัยรุ่นที่อายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป

1.5 Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่จากแบบประเมิน EPDS ในปี ค.ศ. 2001 โดยเบคและกาเบอร์ (Beck & Gable, 2001) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง

สำหรับในประเทศไทย แบบประเมิน EPDS ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาจุดตัดให้เหมาะสมกับคนไทย โดยจารุรินทร์ ปิตานพวงศ์และคณะ (Pitanupong et al., 2007) แบบประเมินฉบับภาษาไทยนี้มีการพัฒนาและนำมาเปรียบเทียบกับ การสัมภาษณ์จากจิตแพทย์โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) และ มีจุดตัดของคะแนนคือ 6/7 คะแนน หมายความว่าคะแนนที่เท่ากับหรือมากกว่า 7 คะแนน มีภาวะซึมเศร้า มีความไวและความจำเพาะร้อยละ 74 ทั้งสองค่า มีค่าความเชื่อมั่น .81จากการพัฒนาเครื่อง



มือในการประเมินภาวะซึมเศร้าหลายเครื่องมือที่มีจุดเด่นที่แตกต่างกัน จึงได้มีการศึกษาเปรียบเทียบการใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าของบิดาภายหลังบุตรเกิด 8 สัปดาห์ ในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน (Lai, Tang, Lee, Yip, & Chung, 2010) เป็นการเปรียบเทียบเครื่องมือ 3 ชนิด คือ The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), The Beck Depression Inventory (BDI) และ The Patient Health Questionnaire-Depression Module (PHQ-9) ผลการศึกษาพบว่าผลของ EPDS มีความแม่นยำมากกว่า BDI และ PHQ-9 ในการค้นหาภาวะซึมเศร้าภายหลังบุตรเกิดของผู้เป็นบิดาชาวจีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้จุดตัดที่ 10/11 มีความไว ร้อยละ 91 และความจำเพาะ ร้อยละ 97 ค่าการทำนายด้านบวก (positive predictive value) ร้อยละ 57 และค่าการทำนายด้านลบ (negative predictive value) ร้อยละ 99 EPDS จึงเป็นเครื่องมือที่นิยมนำมาใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าภายหลังบุตรเกิดและใช้ในการวิจัยอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ

พยาบาลผดุงครรภ์จึงควรคัดกรองภาวะซึมเศร้าของบิดาโดยใช้แบบประเมิน EPDS โดยเฉพาะบิดาที่มีอายุมากกว่า 30 ปี มีงานทำไม่ประจำหรือไม่มีงานทำ มีบุตรคนแรก ไม่ได้วางแผนการมีบุตร มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช และภรรยา มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เป็นต้น

2. บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ให้การพยาบาลแบบองค์รวมแก่มารดาและบิดา การสนับสนุนบทบาทการเป็นสามีและบิดา ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด จนถึงระยะหลังคลอด โดยคำนึงปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น ความเครียด และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น เนื่องจากมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นบิดาในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนพบว่า บิดาที่มีความรู้สึกเครียดในระดับสูง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้เป็นบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Gao et al., 2009) และการศึกษาของจิราภรณ์ นันทชัย (2557) พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับ

ภาวะซึมเศร้าของบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .499, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.244, p < .01$)

พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของบิดา ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด จนถึงระยะหลังคลอด ดังนี้

ระยะตั้งครรภ์ พยาบาลผดุงครรภ์ควรจัดให้บิดาได้รับการเตรียมพร้อมในบทบาทการเป็นสามีที่จะให้การช่วยเหลือภรรยาในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของสตรีมีครรภ์ และบทบาทการเป็นบิดาในการดูแลบุตร โดยส่งเสริมให้บิดาเข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ และการเตรียมตัวเพื่อการคลอดพร้อมกับภรรยา รวมถึงการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารต่างๆ ทั้งทางอินเทอร์เน็ต หนังสือ หรือแหล่งสนับสนุนช่วยเหลืออื่นๆ ในสังคม (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554a)

ระยะคลอด สถานพยาบาลหลายแห่งทั้งในประเทศและต่างประเทศ สนับสนุนการให้บิดาเข้ามาอยู่ร่วมกับภรรยาในระยะคลอด การให้สามีได้อยู่กับภรรยาในระยะคลอดนอกจากเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสแล้ว ยังเป็นการเตรียมบิดาให้มีความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือดูแลภรรยาและบุตร ซึ่งจะทำให้บิดารู้สึกมีความเชื่อมั่นและรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554b; สุภัตตรา ภูเมฆ พรณพิไล ศรีอาภรณ์ และสุกัญญา ปรีชญญกุล, 2555)

ระยะหลังคลอด พยาบาลผดุงครรภ์ควรส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดา มารดา และบุตร โดยให้บิดามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือภรรยาในระยะหลังคลอด รวมถึงการช่วยเหลือดูแลบุตร บิดาที่มีความรักและความผูกพันที่ดีต่อผู้เป็นภรรยา ในระยะหลังคลอดบิดาจะมีความห่วงใยเอาใจใส่เพื่อให้มารดามีสุขภาพดี มีการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานบ้าน ตลอดจนเข้ามามีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน เพื่อช่วยลดความตึงเครียดและให้มารดามีเวลาพักผ่อนอย่างเพียงพอ (Broom, 1984) นอกจากนี้ในการศึกษาของ

โทมัสและคณะ (Thomas et al., 2011) พบว่า บิดามารดาที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดีและมีคุณภาพ จะทำให้บิดาได้รับการสนับสนุนจากมารดาในการเข้ามามีปฏิสัมพันธ์กับบุตร ทำให้บิดาได้มีโอกาสใกล้ชิดกับบุตร มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตร ส่งผลให้บิดาสามารถปรับตัวในการเป็นบิดาได้ดี และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบิดากับบุตรมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาของ ฟาแกน เบนด์ และไวต์แมน (Fagan, Bernd, & Whiteman, 2007) พบว่า บิดามารดาที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดี จะทำให้บิดาได้รับการสนับสนุนจากมารดาให้เข้ามามีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตร และเข้ามามีปฏิสัมพันธ์กับบุตร

เพิ่มมากขึ้น ในทางตรงข้ามหากมีปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส จะทำให้บิดาเข้ามามีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรลดลง

ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทางสังคม ในการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลมารดา และบุตร ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับสภาพร่างกายและจิตใจของมารดาหลังคลอด การความต้องการการดูแลหลังคลอดของมารดาและบุตร รวมถึงวางแผนป้องกันและดูแลช่วยเหลือผู้เป็นบิดาเมื่อเกิดความเครียด และภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2554a). *สุขใจ ได้เป็นพ่อ*. นนทบุรี: กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2554b). *การมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติในการเฝ้าคลอด*. นนทบุรี: กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- จิราภรณ์ นันทชัย. (2557). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของบิดาไทย* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พรรณพิไล ศรีอารณ์, นุชนาต สุนทรลัมศิริ, กนกพร จันทราทิพย์, จิราภรณ์ นันทชัย และพฤกษลดา เขียวคำ. (2558). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วีโล คุปต์นิรติสินกุล และพนม เกตุมาน. (2540). การศึกษาแบบสอบถามวัดความรู้สึกซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S) ในคนไทย. *วารสารศิริราช*, 49(5), 442-448.
- สุพัตรา สุภาพ. (2545). *สังคมวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิชย์.
- สุภัทสร ภูเมฆ, พรรณพิไล ศรีอารณ์ และสุกัญญา ปรีสัญญากุล. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทสามีต่อพฤติกรรมของสามี ในการดูแลภรรยาในระยะที่หนึ่งของการคลอด. *พยาบาลสาร*, 39(1), 118-130.
- Ballard, C. G., Davis, R., Cullen, P. C., Mohan, R. N., & Dean, C. (1994). Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *The British Journal of Psychiatry*, 164, 782-788.
- Bartlett, E. E. (2004). The effects of fatherhood on the health of men: A review of the literature. *Journal of Men's Health and Gender*, 1(2-3), 159-169.
- Beck, C.T. (1998). A check list to identify women at risk for developing postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecology, & Neonatal Nursing*, 27, 39-46.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Further validation of the postpartum depression screening scale. *Nursing Research*, 50(3), 155-164.



- Broom, B. L. (1984). Consensus about the marital relationship during transition to parenthood. *Nursing research*, 33(4), 223-228.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Edmondson, O. J. H., Psychogiou, L., Vlachos, H., Netsi, E., & Ramchandani, P. G. (2010). Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the edinburgh postnatal depression scale as a screening measure. *Journal of Affective Disorders*, 125, 365-368.
- Fagan, J., Bernd, E., & Whiteman, V. (2007). Adolescent Fathers' Parenting Stress, Social Support, and Involvement with Infants. *Journal of Research on Adolescence*, 17(1), 1-22.
- Gao, L-L., Chan, S. W-C., & Mao, Q. (2009). Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. *Research in Nursing & Health*, 32, 50-58.
- Genesoni, L., & Tallandini, M. A. (2009). Men's psychological transition to fatherhood: An analysis of the literature, 1989-2008. *BIRTH*, 36(4), 305-317.
- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 26-35.
- Hoffman, J. (2011). *Father factors: What social science research tells us about fathers and how to work with them*. Peterborough: Public Health Agency.
- Kim, P., & Swain, J. (2007). Sad dads: Paternal postpartum depression. *Psychiatry*, 4(2), 36-47.
- Lai, B. P. Y., Tang, A. K. L., Lee, D. T. S., Yip, A. S. K., & Chung, T. K. H. (2010). Detecting postnatal depression in Chinese men: A comparison of three instruments. *Psychiatry Research*, 180, 80-85.
- Lu, L. (2006). The transition to parenthood: stress, resources, and gender differences in a Chinese society. *Journal of Community Psychology*, 34(4), 471-488.
- Madsen, S. A., & Juhl, T. (2007). Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales. *Journal of Men's Health and Gender*, 4(1), 26-31.
- Mao, Q., Zhu, L-X., & Su, X-Y. (2011). A comparison of postnatal depression and related factors between Chinese new mothers and fathers. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 645-652.
- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60, 75-85.
- Nishimura, A., & Ohashi, K. (2010). Risk factors of paternal depression in the early postnatal period in Japan. *Nursing and Health Sciences*, 12, 170-176.
- Pitanupong, J., Liabsuetrakul, T., & Vittayanont, A. (2007). Validation of the Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Research*, 253-259.
- Post and Antenatal Depression Association (PANDA). (2012). *Men and postnatal depression*. Retrieved from <http://www.panda.org.au>.



- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., & O'Conner, T. G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: A prospective population study. *Lancet*, 365, 2201-2205.
- Ramchandani, P. G., Psychogiou, L., Vlachos, H., Iles, J., Sethna, V., Netsi, E., & Lodder, A. (2011). Paternal depression: An examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depression and Anxiety*, 28, 471-477.
- Tengtrisorn, R. (2001). *Stress, social support, and paternal role adaptation of first-child fathers* (The degree of master of nursing science, maternal and child nursing). Faculty of graduate studies mahidol university, Thailand.
- Thomas, J. E., Bonér, A. K., & Hildingsson, I. (2011). Fathering in the first few months. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 499-509.
- Wang, S-Y., & Chen, C-H. (2006). Psychosocial health of Taiwanese postnatal husbands and wives. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 303-307.
- Wee, K. Y., Skouteris, H., Pier, C., Richardson, B., & Milgrom, J. (2011). Correlates of ante- and postnatal depression in fathers: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 130, 358-377.