

บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาครรภ์แรกที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด*

THE ROLE OF NURSES IN CARING FOR FIRST-TIME MOTHERS WITH POSTPARTUM DEPRESSION

อักษรานัฐ สุทธิประภา

Auksaranut Sutthiprapa

ปาริชาติ วันชูเสริม

Parichat Wunchooserm

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

Srimahasarakham College of Nursing, Thailand

E-mail:auksaranut@smnc.ac.th

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นได้ในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอด จนกระทั่งถึง 1 ปี หลังคลอด เป็นช่วงที่มารดาหลังคลอดมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา การเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น หากมารดาหลังคลอดไม่สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาซึมเศร้าหลังคลอดตามมา โดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรกที่ไม่มีประสบการณ์ในการคลอดและการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งสังคมในปัจจุบันที่อยู่เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น สามีสองงานนอกบ้าน ทำให้ภาระการเลี้ยงดูบุตรต้องเป็นของภรรยาเพียงฝ่ายเดียว ส่งผลให้อารมณ์และพฤติกรรมของมารดาเปลี่ยนไปจากเดิม ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเศรษฐกิจในยุคปัจจุบัน ภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ทัศนคติการเป็นมารดา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะเครียดจากการดูแลบุตร ภาวะเศร้าของมารดาหลังคลอด สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลมารดาครรภ์แรก ในทุกระยะของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในระยะหลังคลอด ทั้งด้านการประเมินเพื่อคัดกรองเบื้องต้น รวมทั้งการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และบทบาทพยาบาลในการดูแลเมื่อมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น ดังนั้นบทความวิชาการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด รวมทั้งบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลมารดาครรภ์แรกที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อันจะเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลมารดาครรภ์แรกที่เหมาะสมแบบองค์รวมและครอบคลุมมิติทางด้านจิตใจ

* Received 18 June 2021; Revised 21 August 2021; Accepted 2 October 2021

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, หลังคลอด, มารดาครรภ์แรก

Abstract

Postpartum depression is a mood change. Emotions that occur between 6 weeks postpartum until 1 year postpartum are when postpartum mothers adjust to the role of motherhood. parenting including increased obligations If the mother after childbirth cannot face the changes that have occurred. would result in postpartum depression problems especially in first-term mothers who do not have experience in childbirth and maternity. which in today's society is more of a single-family Husband has to work outside the home. The burden of raising children must belong to the wife alone. As a result, the mother's mood and behavior changed from the original. coupled with social and economic changes in the present the burden of increasing expenses including psychosocial factors such as motherhood attitude self-esteem Childcare stress Mother's depression after giving birth relationship between spouses and social support. These are all factors that contribute to postpartum depression. The midwife therefore plays an important role in caring for the first-born mother. at all stages of pregnancy especially in the postpartum period both in terms of assessment for initial screening including prevention and surveillance of postpartum depression and the role of nurses in caring for when depression occurs. Therefore, this academic paper aims to present the content of postpartum depression. including the role of midwives in caring for first-time mothers with postpartum depression. This will be a guideline for planning an appropriate, holistic and holistic nursing care plan for the first mother.

Keywords: Depression, Postpartum, First-time mothers.

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ซึ่งเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาตั้งแต่หลังคลอดบุตรจนกระทั่งถึง 1 ปี พบได้บ่อยในช่วง 6 สัปดาห์ภายหลังกการคลอด (Pearlstein, T. et al., 2008) อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้า ทั่วโลก พบมารดาหลังคลอดประมาณร้อยละ 13 ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เป็นร้อยละ 19 (Michael, W. et al., 2013) ทางแถบยุโรปพบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 13 (Demirchyan, A. et al., 2014) ในประเทศแถบแอฟริกา พบ



อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 49.50 (Mohammed, E. S. et al., 2014) และในทวีปเอเชีย ประเทศจีนพบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 10-20 (Li, L. et al., 2011) และจากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในประเทศที่กำลังพัฒนาร้อยละ 20 (World Health Organization, 2015) ส่วนในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน และจากการสำรวจภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในประเทศไทยในมารดาหลังคลอดจำนวน 1,723 ราย พบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 8.40 (Panyayong, B., 2013) พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 18.45 (นภัสนันท์ สุขเกษม, 2559) และพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 18.86 (วรรณิ นวลฉวี, 2561) ทั้งนี้อาจมีความหลากหลายของอุบัติการณ์ ขึ้นอยู่กับเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมิน ส่วนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครั้งแรกพบอุบัติการณ์การเกิด ดังนี้ ในทวีปยุโรปพบอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในผู้ที่ เป็นมารดาครั้งแรกร้อยละ 13.20 ที่ 6 สัปดาห์หลังคลอด และพบร้อยละ 9.80 ที่ 12 สัปดาห์หลังคลอด (Leahy-Warren, P. et al., 2011) ในประเทศจีนพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในผู้ที่ เป็นมารดาครั้งแรกร้อยละ 13.80 ที่ 6 สัปดาห์หลังคลอด (Gao, L. et al., 2009) สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาครั้งแรกร้อยละ 64.17 (อักษราณัฐ ภัคศิสมัย, 2560)

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด คือ ปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ สถานะทางด้านเศรษฐกิจและสังคม สถานภาพสมรส การไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์หรือการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ ภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะเครียดจากการดูแลบุตร ภาวะเครียดในชีวิต การสนับสนุนทางด้านสังคม ความวิตกกังวลในระหว่างการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีประวัติโรคซึมเศร้าก่อนตั้งครรภ์ ลักษณะพื้นฐานอารมณ์ของบุตร ภาวะอารมณ์เศร้าของมารดาหลังคลอด และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Beck, C. T., 2001) นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอด (วรรณิ นวลฉวี, 2561) พบว่ารายได้ของครอบครัว ความพึงพอใจในคู่สมรส การเบิกค่ารักษาพยาบาล ประวัติสุขภาพจิตในอดีต จำนวนบุตร และแรงสนับสนุนจากคู่สมรส มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอด พบว่าระดับการศึกษา ปัญหาสุขภาพของบุตร จำนวนครั้งในการคลอดบุตร ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังคลอด และบุคคลที่มารดาหลังคลอดอาศัยอยู่ด้วย รวมถึงทัศนคติการเป็นมารดาภายหลังคลอด

บทความวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอความรู้เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด รวมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งนำไปใช้คัดกรองเพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยพยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการค้นหาและให้การช่วยเหลือ

หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอดต่อไป

ความหมายของภาวะซีมเศร้าหลังคลอด

ภาวะซีมเศร้าหลังคลอด หมายถึง กลุ่มอาการซีมเศร้าที่มีจุดเริ่มต้น และเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหลังคลอด อาการที่ปรากฏคือ มีความรู้สึกสูญเสีย มีอารมณ์เศร้ารุนแรง รู้สึกวิตกกังวลมาก มีความคิดหมกมุ่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ต้องการการพึ่งพาจากบุคคลอื่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร มีความคิดในการทำร้ายตนเองและบุตร ภาวะซีมเศร้าหลังคลอดสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาตั้งแต่หลังคลอดบุตรจนกระทั่งถึง 1 ปี หลังคลอด และส่วนมากจะพบความชุกของภาวะซีมเศร้าหลังคลอดในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งทั่วโลกจะพบอัตราการเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้น

ภาวะซีมเศร้าหลังคลอดในมารดาครั้งแรก

การเป็นมารดาครั้งแรกมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์ ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร ระบบหายใจ ระบบกระดูก และระบบฮอร์โมน ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเหมือนกับมารดาหลังคลอดทั่วไป ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจภายหลังคลอด เป็นการปรับบทบาทการเป็นมารดา ทั้งในเรื่อง ทักษะคิด ความเชื่อ ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุตร มีการปรับเปลี่ยนหน้าที่จากภรรยาเป็นมารดา ความไม่สะดวกสบายภายหลังคลอด การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของร่างกายทั้งในช่วงตั้งครรภ์ และหลังคลอด ซึ่งการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของรูบิน (Rubin, R., 1984) มี 3 ระยะ คือ ระยะพึ่งพาผู้อื่น คือช่วง 1-2 วัน หลังคลอด เป็นระยะที่มารดาต้องการการพึ่งพาจากผู้อื่น สนใจแต่ความสุขสบายของตนเองมากกว่านึกถึงบุตร ระยะกึ่งพึ่งพา คือช่วง 3-4 วันหลังคลอด เป็นระยะที่มารดาเริ่มช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น สนใจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตร และระยะพึ่งพาตนเอง คือช่วง 10 วันหลังคลอดเป็นต้นไป เป็นระยะที่มารดากลับมาอยู่บ้าน สามารถดูแลตนเองและบุตรได้ดีขึ้น มีความสนใจที่จะพบหรือพูดคุยกับบุคคลภายนอกมากขึ้น โดยการปรับบทบาทการเป็นมารดาเป็นทักษะที่เกิดจากการเรียนรู้ ไม่ได้เกิดโดยสัญชาตญาณทั้งหมด กระบวนการของการเป็นมารดาเริ่มตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด มารดาที่สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ ส่งผลให้มีความมั่นใจในการทำหน้าที่และการดูแลบุตร รวมทั้งการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบุคคลรอบข้าง หากมารดาไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา อาจส่งผลให้กระบวนการการเป็นมารดาล้มเหลว และส่งผลให้มารดาเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอด สัมพันธ์ภาพระหว่างมารดากับบุตรไม่ดี การเรียนรู้ของบุตรและพัฒนาการในด้านต่างๆเป็นไปอย่างล่าช้า เมื่อเทียบกับมารดาที่สามารถปรับตัวได้ (Lucci, T. K., & Otta, E., 2013) สำหรับภาวะซีมเศร้าหลังคลอดในผู้ที่



เป็นมารดาครั้งแรก ส่งผลให้มารดามีอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิม อาจเกิดเนื่องจากผู้ที่เป็นมารดาครั้งแรกยังไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร ขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแลบุตร การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น รวมไปถึงการเรียนรู้ต่อการปรับบทบาทใหม่ในการเป็นมารดาครั้งแรก ย่อมกระทำไ้ยากกว่ามารดาที่เคยมีประสบการณ์ในการเป็นมารดามาก่อน และพบว่าปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ที่เป็นมารดาครั้งแรกเกิดความเครียด ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากกว่ามารดาครรภ์หลัง (Foster, D. A. et al., 2008)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่อาจมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านชีวภาพ และปัจจัยทางด้านจิตสังคม ซึ่งปัจจัยทางด้านชีวภาพ ได้แก่ ฮอร์โมน เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านฮอร์โมนทั้งในขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด โดยในขณะตั้งครรภ์มีการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) และโปรเจสเตอโรน (Progesterone) และในช่วงหลังคลอดมีการลดลงของฮอร์โมนอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ส่วนปัจจัยทางด้านจิตสังคม พบว่ามีหลายปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าในระหว่างการตั้งครรภ์ สามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงระหว่างการตั้งครรภ์หรือทุกๆไตรมาสของการตั้งครรภ์ ซึ่งอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในช่วงตั้งครรภ์เกิดความไม่สุขสบายในขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในมารดาวัยรุ่น หากพบว่าเคยมีภาวะซึมเศร้าในระหว่างการตั้งครรภ์และหลังคลอดในครรภ์ก่อน จะพบโอกาสในการเกิดซึมเศร้าในครรภ์ต่อมาเพิ่มสูงขึ้น (มยุรัตน์ รักเกียรติ และประนอม พูลพัฒน์, 2563)

2. ภาวะเครียดจากการดูแลบุตร การเลี้ยงดูบุตรทำให้มารดาเกิดความเครียดและเป็นปัจจัยทำนายในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จากการศึกษาในมารดา 55 ราย ที่ติดตามตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนกระทั่งถึง 3 เดือนหลังคลอด พบว่าทารกที่มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย เลี้ยงยาก มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และพบว่ามารดาหลังคลอดครรภ์แรกหากเกิดความเครียด จะรับรู้ถึงแรงกดดันเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการเลี้ยงดูบุตร ทำให้เกิดปัญหาซึมเศร้าหลังคลอดตามมา (นลินี สิทธิบุญมา และคณะ, 2563)

3. ภาวะเครียดในชีวิต มารดาที่มีประสบการณ์หรือต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ในทางลบ ทำให้เพิ่มความเครียดทั้งในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด เช่น การเปลี่ยนสถานภาพการสมรส (การหย่าร้าง หรือการแต่งงานใหม่) การเปลี่ยนงาน หรือการที่ต้องเจอกับเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต (อุบัติเหตุ, ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เป็นต้น) มารดาที่รับรู้ความเครียดในระดับปานกลางและระดับสูงมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ซึ่งมารดาที่มีความเครียดระดับสูงมีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงของโรค หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง อาจกลายเป็นโรคจิตหลังคลอดได้ (Beck, C. T., 2001)

4. ภาวะวิตกกังวลในระหว่างการตั้งครรภ์ สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในระหว่างการตั้งครรภ์หรือเกิดขึ้นได้ทุกไตรมาสของการตั้งครรภ์ ความวิตกกังวลทำให้เกิดความไม่สบายใจหรือรู้สึกหวาดกลัวต่อสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น รู้สึกไม่มีความสุขในขณะตั้งครรภ์ มารดาบางรายวิตกกังวลมาก มีผลต่อความเครียด ส่งผลให้ระยะการรอคลอดยาวนานขึ้น และยังส่งผลต่อเนื่องต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (วัลยา เชาวน์พานิชย์เวช, 2555) และพบสูงมากขึ้นในมารดาวัยรุ่น เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอย่างรวดเร็ว เกิดความวิตกกังวลต่อสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป (มยุรัตน์ รักเกียรติ และประนอม พูลพัฒน์, 2563)

5. สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส หรือความพึงพอใจในคู่สมรสสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Beck, C. T., 2001) จากการศึกษาพบว่ามารดาที่มีปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระหว่างการตั้งครรภ์ และมารดาที่มีสัมพันธภาพกับคู่สมรสที่ไม่ดีไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่หลังคลอด รวมทั้งไม่ช่วยเหลืองานบ้านและการดูแลบุตร ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Abdollahi, F. et al., 2016)

6. การมีประวัติภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในการศึกษาของเบ็ค (Beck, C. T., 2001) พบว่ามารดาที่มีประวัติของภาวะซึมเศร้าก่อนการตั้งครรภ์สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ และมารดาที่เคยมีประวัติภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในครรภ์ก่อน มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดซ้ำได้ประมาณร้อยละ 25 เนื่องจากมารดามีปัญหาสุขภาพทางจิต การแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ไม่ดี ไม่อยากดูแลบุตร ทำร้ายบุตร ส่งผลในระยะยาวทำให้บุตรที่เกิดมาจากการเลี้ยงดูของมารดาเหล่านี้ มีปัญหาสุขภาพทางจิตเช่นเดียวกัน (วาสนา มั่งคั่ง และคณะ, 2562)

7. ลักษณะพื้นฐานอารมณ์ของบุตร เป็นลักษณะส่วนบุคคลของทารกแต่ละคน ทารกที่มีลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ที่ไม่ดี เลี้ยงยาก จะมีอารมณ์ฉุนเฉียว โกรธง่าย ร้องไห้โดยไม่ทราบสาเหตุและร้องไห้บ่อย เพิ่มความเครียดให้กับมารดาในการดูแลบุตร ส่งผลให้มารดาเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Beck, C. T., 2001)

8. ภาวะอารมณ์เศร้าของมารดาหลังคลอด เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ในช่วง 1-2 วันหลังคลอด สามารถเกิดขึ้นได้จนกระทั่งถึง 10 วัน ภายหลังคลอด อาการที่ปรากฏ เช่น รู้สึกวิตกกังวล ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ร้องไห้โดยไม่ทราบสาเหตุ อารมณ์แปรปรวนง่าย มารดาไม่สนใจดูแลบุตรการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆลดลง ซึ่งเป็นปัจจัยสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Beck, C. T., 1998) โดยหากมารดาหลังคลอดต้องเผชิญกับภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด และได้รับการรักษาหรือการตอบสนองที่ไม่ถูกวิธี โอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (คชารัตน์ ปรีชล, 2559)



9. สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เป็นสถานะของแต่ละบุคคล เช่น รายได้ การศึกษา หรืออาชีพ โดยเฉพาะรายได้ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการวางแผนการดำเนินชีวิตและค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร หากมารดามีรายได้ที่จำกัด แต่ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่สิ้นเปลือง เช่น ค่าของใช้ที่เกี่ยวข้องกับบุตร ย่อมส่งผลให้มารดาเกิดความเครียด ทุกข์ใจ ไม่ต้องการอยากเลี้ยงบุตร เกิดปัญหาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมา (Beck, C. T., 2001)

10. สถานภาพสมรส เป็นการบ่งบอกสถานะความสัมพันธ์ของมารดาและคู่สมรส เช่น เป็นโสด แต่งงาน อยู่ด้วยกันกับสามี หรือหย่าร้าง ซึ่งสถานภาพสมรสสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Beck, C. T., 2001) โดยสถานภาพสมรสมีความเกี่ยวข้องกับการได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สมรส เนื่องด้วยสามีมีความสำคัญที่สุดกับมารดาหลังคลอด มีหน้าที่ในการดูแลปกป้องภรรยาและบุตร ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้าน และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ หากมารดาได้รับการดูแลสนับสนุนในสิ่งที่กล่าวไป โอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะลดน้อยลง (พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล และคณะ, 2543) ต่างจากมารดาที่ไม่ได้แต่งงาน ต้องอยู่คนเดียวและดูแลบุตรเพียงลำพัง การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะสูงขึ้น (Ihongbe, T. O. & Masho, S. W., 2017)

11. การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน/การตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์หรือความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ ซึ่งมีผลต่อจิตสังคมของมารดา ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าทั้งในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด (Beck, C. T., 2001) โดยเฉพาะในมารดาวัยรุ่นที่เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและฮอร์โมน ทำให้มีความคิดอยากรู้ อยากลอง และพฤติกรรมทางเพศมีความเสี่ยงสูง ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ โดยไม่ได้มีการวางแผนมาก่อน หรือแม้แต่การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ส่งผลให้เกิดความเครียดต่อการปรับบทบาทการเป็นมารดา เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ง่ายขึ้น (มยุรัตน์ รักเกียรติ และประนอม พูลพัฒน์, 2563)

12. ทักษะคิดการเป็นมารดา เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อในการเป็นมารดา ที่มีการแสดงออก และตอบสนองต่อบุคคล สิ่งของ หรือสถานการณ์ในทางบวกและทางลบ โดยมารดาที่มีทักษะคิดการเป็นมารดาในทางบวก มีความรู้สึกที่ดีในการเลี้ยงบุตร เชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการเป็นมารดาได้ดี โอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอยู่ในระดับต่ำ แต่หากมารดามีทักษะคิดการเป็นมารดาในทางลบ เชื่อว่าตนเองไม่สามารถดูแลบุตรได้ และไม่สามารถทำหน้าที่การเป็นมารดาได้ การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะสูงเพิ่มขึ้น (Sockol, L. E. et al., 2014)

13. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากมารดาที่สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้มีความมั่นใจในการดูแลบุตร เชื่อมั่นในการทำหน้าที่ของตนเอง ส่งผลให้มารดามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูง โอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะลดลง แต่ในทาง

ตรงกันข้าม หากมารดาที่ไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม ไม่สนใจและไม่มีความมั่นใจในการดูแลบุตร มารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ โอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะเพิ่มสูงขึ้น (อักษรานัฐ ภัคดีสมัย, 2560)

14. การสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด หากมารดาไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด ซึ่งอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้สูงขึ้น โดยจะเกิดขึ้นได้มากในช่วงระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด แต่ในขณะเดียวกันมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมากเกินไป อาจทำให้รู้สึกไร้ค่า ขาดอิสระ เหมือนถูกบังคับในการดูแลตนเองและบุตร ทำให้มารดาเกิดความสับสน และยังรบกวนการพักผ่อนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเช่นเดียวกัน (นลินี สิทธิบุญมา และคณะ, 2563)

การดูแลมารดาครรภ์แรกที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีหลากหลายวิธีได้แก่ จากการสังเกต และ การใช้แบบสอบถาม ซึ่งส่วนมากจะใช้วิธีการประเมินจากการประเมินตนเอง (self-report measure of postpartum depression) ดังนี้

1.1 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (The Postpartum Depression Predictors Inventory [PDPI]) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยเบค (Beck, C. T., 1998) เป็นแบบสอบถามเชิงสำรวจ ที่มีคำถามแบบกำหนดตัวเลือกไว้แล้ว เพื่อใช้สำรวจและประเมินการเกิดภาวะซึมเศร้าทั้งในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด ต่อมาเบค (Beck, C. T., 2001) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบว่ามีอีก 4 ปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ นั่นคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สถานภาพสมรส สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ และการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนหรือการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ เบค (Beck, C. T., 2002) จึงได้พัฒนาแบบสอบถามเพื่อให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยการเพิ่มปัจจัยทำนายในแบบสอบถาม พัฒนามาเป็นแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Revision of The Postpartum Depression Predictors Inventory [PDPI-Revised]) ซึ่งแบบสอบถามนี้ไม่มีการกำหนดจุดตัดคะแนน แต่สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการสอบถามไปใช้ในการวางแผนและให้การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าทั้งในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด

1.2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (The Postpartum Depression Screening Scale [PDSS]) ที่สร้างขึ้นโดยเบคและเกเบล (Beck, C. T., & Gable, R. K., 2000) มีข้อความทั้งหมด 35 ข้อ ประกอบไปด้วย องค์ประกอบ 7 ด้าน ได้แก่ แบบแผนการนอนหลับและการรับประทานอาหาร ความวิตกกังวล ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความผิดปกติด้านการรับรู้ การสูญเสียการเป็นตัวเอง ความรู้สึกผิดหรือความละอายใจ และ



ความคิดในการทำร้ายตนเอง แต่ละด้านประกอบด้วยข้อคำถามย่อยจำนวน 5 ข้อ คำตอบเป็นลักษณะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ถ้าเห็นด้วยเห็นด้วยมากน้อยเพียงใด ถ้าตอบ 1 หมายถึงไม่เห็นด้วย และถ้าตอบ 5 แสดงว่าเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมทั้งหมด ตั้งแต่ 1-175 คะแนน จุดตัดคะแนนที่เหมาะสมคือ 80 คะแนน ซึ่งแสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.83-0.94 และมีการนำมาใช้ในประเทศไทยโดยวิทยานิพนธ์ และคณะ (Vittayanont, A. et al., 2006) ที่นำมาแปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้ในมารดาหลังคลอด พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90

1.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale [CES-D]) ซึ่งพัฒนาโดยราดลอฟ (Radloff, L., 1977) นำมาใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในบุคคลทั่วไป เป็นแบบสอบถามถึงสภาวะอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองภายใน 7 วันที่ผ่านมา ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นคำถามด้านบวกจำนวน 4 ข้อ และด้านลบ 16 ข้อ คำถามแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน มีจุดตัดของคะแนนที่เหมาะสมที่ 19 คะแนน ซึ่งมีการนำมาแปลเป็นภาษาไทย หากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในวัยรุ่นไทยได้เท่ากับ 0.86 ใช้คะแนนที่ 22 ซึ่งเป็นจุดตัดที่เหมาะสมกับการใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด

1.4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (The Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS]) ที่พัฒนาขึ้นโดยคอกซ์และคณะ (Cox, J. L. et al., 1987) โดยปรับปรุงมาจากแบบประเมิน the Irritability, Depression and Anxiety Scale (IDA), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HDA) และ the Anxiety and Depression Scale of Bedford and foulds โดยเลือก 21 ข้อคำถาม ไปทดลองใช้นำร่องในมารดาหลังคลอดจำนวน 63 ราย ที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีการซึมเศร้า จนเหลือข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ต่อมานำไปทดสอบความเที่ยงตรงโดยการนำไปทดลองใช้ในมารดาจำนวน 84 คน พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87 ได้จุดตัดของคะแนน 12/13 ซึ่งในบางวิจัยไม่พบภาวะซึมเศร้า จึงลดจุดตัดร้อยละ 10 ได้จุดตัดคะแนนที่ 9/10 ซึ่งมีความไวร้อยละ 85 และแบบสอบถามนี้ถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งงานวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศ เพราะจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบประเมิน EPDS มีความเหมาะสมในการใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เนื่องจากมีความสมบูรณ์ และใช้ได้ครอบคลุมในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้เป็นอย่างดี

2. บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาครรภ์แรกที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

2.1 การประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ควรเริ่มมีการประเมินตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ขณะที่มารดามารับบริการฝากครรภ์ จนกระทั่งติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจของมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งมารดากลับบ้านมาอยู่บ้าน เพราะในขณะที่

อยู่โรงพยาบาลการประเมินและติดตามภาวะซึมเศร้าหลังคลอดยังคงปฏิบัติได้น้อย และมารดาบางคนยังไม่แสดงอาการในช่วงที่พักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ดังนั้นการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอย่างต่อเนื่องจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ โดยพยาบาลผดุงครรภ์สามารถเลือกใช้แบบประเมินที่มีความเหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละบุคคล ได้แก่ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าหลังคลอด PDPI, แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด PDSS, แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด CES-D และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด EPDS เพื่อคัดกรองเบื้องต้น และได้รับการส่งต่อข้อมูลในรายที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตต่อไป นอกจากนี้ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ในขณะที่ตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดรวมทั้งวิธีการเลี้ยงบุตร เพื่อให้มารดาได้คลายความวิตกกังวล มีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงหลังคลอด ที่สามารถเกิดภาวะเศร้าหลังคลอดได้ เช่น ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล หงุดหงิด เป็นต้น ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นและสามารถหายได้เอง หากมารดาได้รับการดูแลที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ และคนในครอบครัว และเมื่อประเมินแล้วพบว่ามีอาการรุนแรงจะได้ส่งต่อข้อมูลเพื่อรับการรักษาต่อไป และที่สำคัญควรมีการแนะนำแหล่งข้อมูลที่มารดาจะเข้าถึงได้ง่าย และสะดวกต่อการได้รับข้อมูล เพื่อเปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึก ส่งเสริมความมั่นคงทางด้านอารมณ์ของมารดาได้ยิ่งขึ้น ลดการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Caron, Z. et al., 2016)

2.2 การดูแลมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มารดาหลังคลอดควรได้รับกำลังใจและมีพยาบาลคอยให้คำแนะนำปรึกษา หากประเมินแล้วไม่สามารถดูแลบุตรได้ ควรได้รับการช่วยเหลือในการดูแลบุตร การทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล นอกจากนี้ควรจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด โดยให้มารดาที่เคยมีประสบการณ์จากภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมาแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ การดำเนินชีวิต เพื่อการวางแผนจำหน่ายและดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง (คชารัตน์ ปรีชวล, 2559) โดยการประยุกต์ใช้การดูแลมารดาหลังคลอดที่มีอารมณ์เศร้าหรือภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ตามแนวคิดของเบคและดริสคอลล์ (Beck C. T., & Driscoll J.W., 2006) ซึ่งใช้โปรแกรมที่เรียกว่า “NURSE” มีรายละเอียด ดังนี้

N = nourishment (nutrition) and needs ได้แก่ การดูแลให้มารดาหลังคลอดได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เนื่องจากในช่วงหลังคลอดมารดามีการสูญเสียเลือด และสารน้ำในระหว่างการคลอด ร่างกายต้องการพลังงานเพื่อใช้ในการฟื้นฟูสภาพภายหลังคลอด โดยเฉพาะมารดาที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ต้องใช้พลังงานเป็นอย่างมากที่สูญเสียไปในระหว่างการให้นมบุตร จึงควรได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นอีกวันละประมาณ 300 แคลอรี ต่อน้ำวันละ 8-10 แก้วต่อวัน และแนะนำการรับประทานยาบำรุงครรภ์หลังคลอดอย่างต่อเนื่อง

U = understanding อธิบายให้มารดาหลังคลอดเข้าใจถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ในการกลับสู่สภาพเดิม โดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรก ที่ยังไม่เคยมี



ประสบการณ์ในการคลอด ดังนั้นพยาบาลควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอด รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังคลอด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ทั้งนี้ในการให้ข้อมูลอาจให้สามีและญาติมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อที่จะได้เข้าใจและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ สามารถเฝ้าระวังดูแลหากเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่อไปได้ ดังนั้นพยาบาลควรให้ข้อมูลในช่วงวันที่ 3 หลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงการปรับตัวในระยะ taking hold phase มารดาพร้อมที่จะเรียนรู้และรับฟังคำแนะนำเป็นอย่างดี

R = rest and relaxation ดูแลให้มารดาหลังคลอดพักผ่อนให้เพียงพอ เนื่องจากการพักผ่อนอย่างเพียงพอในช่วงหลังคลอดเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะมารดาหลังคลอดยังคงมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย จากการรอคลอดและการสูญเสียเลือดและสารน้ำในร่างกาย ในขณะที่คลอด มารดาหลังคลอดควรได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอประมาณวันละ 6-8 ชั่วโมง นอกจากนี้ในช่วงหลังคลอดมารดาต้องมีการปรับตัวต่อบทบาทใหม่ในหลายๆด้าน โดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรก ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมให้สามีและคนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร และแบ่งเบาภาระงานบ้านช่วยเหลือมารดา ให้มารดาได้พักผ่อนและมีเวลาส่วนตัว เพื่อช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลในการดูแลบุตร

S = spirituality ส่งเสริมความเชื่อเพื่อช่วยให้รู้สึกมีแหล่งพึ่งพาทางจิตใจ ดังนั้นควรมีการ ส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดได้ทำกิจวัตรหรือกิจกรรม ทางศาสนาที่เหมาะสมตามความต้องการ

E = exercise การออกกำลังกายช่วยให้ร่างกายหลั่งสารเอ็นโดรฟิน การออกกำลังกายหลังคลอดช่วยให้มารดาหลังคลอดฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็วยิ่งขึ้น ควรแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับมารดาหลังคลอด รวมทั้งท่ากายบริหารที่จะช่วยส่งเสริมการหายใจของแผล การขยับน้ำคาวปลา เพื่อให้มารดาหลังคลอดฟื้นตัวกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น

นอกจากนี้การดูแลมารดาหลังคลอดอย่างต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายมารดากลับมาอยู่บ้านก็มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นระยะแรกที่มารดาต้องปรับตัวในการดูแลบุตรและตนเอง รวมทั้งต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรกที่ต้องการการสนับสนุนทางสังคมในทุกๆด้าน ซึ่งการติดตามเยี่ยมหลังคลอดเป็นการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังคลอด เพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้น และส่งต่อข้อมูลเพื่อการช่วยเหลือต่อไป รวมทั้งการให้ข้อมูลการดูแลและส่งเสริมสุขภาพหลังคลอดจะช่วยลดการเกิดปัญหาหลังคลอดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงการบริการสุขภาพ

สรุป

การเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้มารดาหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรกที่ควรทราบสาเหตุและปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เพื่อที่จะได้เฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ดังนั้นมารดาหลังคลอดครรภ์แรกทุกรายควรได้รับการประเมินคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่มที่ทราบว่ามีการ ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด รวมทั้งการประเมินการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยใช้เครื่องมือซึ่งมีอยู่หลากหลาย ได้แก่ EPDS, PDPI, PDSS และ CES-D โดยหากประเมินได้ว่ามารดาหลังคลอดครรภ์แรกมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะได้วางแผนให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที

เอกสารอ้างอิง

- ชจารัตน์ ปรีชล. (2559). ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด: การป้องกันและการดูแล. วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย, 9(2), 24-35.
- นภัสนันท์ สุขเกษม. (2559). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 34(1), 61-69.
- นลินี สิทธิบุญมา และคณะ. (2563). ความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของผู้ที่เป็นมารดาครั้งแรก. พยาบาลสาร, 47(2). 169-179.
- พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล และคณะ. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนจากคู่สมรส การเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดา และอาการซึมเศร้า ภายหลังคลอด. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 6(3), 201-212.
- มยุรัตน์ รักเกียรติ และประนอม พูลพัฒน์. (2563). ความซุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่น โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 28(1), 38-47.
- วรรณิ นวลฉวี. (2561). ความซุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในมารดาหลังคลอด. วารสารมฉก.วิชาการ, 21(42), 65-71.
- วัลยา เขาว์พานิชย์เวช. (2555). ความซุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในโรงพยาบาลกลาง. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 8(1), 13-21.
- วาสนา มั่งคั่ง และคณะ. (2562). ภาวะบลู-สภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของ หญิงหลังคลอด. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(ฉบับพิเศษ). 13-19.
- อักษรานัฐ ภัคดีสมัย. (2560). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในผู้ที่เป็นมารดาครั้งแรก. พยาบาลสาร, 44(3), 19-29.



- Abdollahi, F. et al. (2016). Postpartum mental health in first-time mothers: a Cohort study, Iran. *Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 10(1) :426-426.
- Beck C. T., & Driscoll J.W. (2006). *Postpartum mood and anxiety disorder: a clinicians guide*. Burlington: Jones and Bartlett Publishers Inc.
- Beck, C. T. (1998). A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 27(1), 39-46.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, 50(5), 275-285.
- Beck, C. T. (2002). Revision of the postpartum depression predictors inventory. *Journal of Obstetrics Gynecology & Neonatal Nursing*, 31(4), 394-402.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2000). Postpartum depression screening scale: Development and psychometric testing. *Nursing Research*, 49(5), 272-282.
- Caron, Z. et al. (2016). Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in mothers on public. *Journal affects disorder*, 1(189) ,263-268.
- Cox, J. L. et al. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Demirchyan, A. et al. (2014). Rate and predictors of postpartum depression in a 22-year follow-up of a cohort of earthquake survivors in Armenia. *Archives of Women' Mental Health Journal*, 17(3), 229-237.
- Foster, D. A. et al. (2008). The early postnatal period: Exploring women's viewsexpectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *Biomed central pregnancy and childbirth*, 27(8). 1-11.
- Gao, L. et al. (2009). Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. *Research in Nursing & Health*, 32(1), 50-58.
- Ihongbe, T. O. & Masho, S. W. (2017). Do successive preterm birth increase the risk of postpartum depressive symptoms. *Journal of Pregnancy*, 2017(1), 1-10.

- Leahy-Warren, P. et al. (2011). First-time mothers: Social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), 388–397.
- Li, L. et al. (2011). Chinese version of the postpartum depression screening scale translation and validation. *Nursing Research*, 60(4), 231-239.
- Lucci, T. K., & Otta, E. (2013). Postpartum depression and child development in first year of life. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(1), 7-17.
- Michael, W. et al. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review Clinical Psychology*, 2013(9), 379-407.
- Mohammed, E. S. et al. (2014). Predictors of postpartum depression among rural women in Minia Egypt: An epidemiological study. *Public Health*, 128(9), 817-824.
- Panyayong, B. (2013). Postpartum depression among Thai women: A national survey. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 96(7), 761-767.
- Pearlstein, T. et al. (2008). Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 200(4), 357-364.
- Radloff, L. (1977). A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401.
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer.
- Sockol, L. E. et al. (2014). The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers. *Archives of Women's Mental Health*: 17(3),199-212.
- Vittayanont, A. et al. (2006). Development of Postpartum Depression Screening Scale (PDSS): A Thai version for screening postpartum depression. *Journal of The Medical Association of Thailand*: 89(1), 1-7.
- World Health Organization. (2015). Maternal mental health. Retrieved september 15, 2016, from <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/maternal-mental-health>