



บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้า ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ณัฏยา อ่อนผิว* ประไพรัตน์ แก้วศิริ** ชวลา บัวหอม***

โยธกา ภาคี**** และ เจนจิรา คັນท์กัษ์ *****

บทคัดย่อ

ปัจจุบันอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในกลุ่มสตรีที่กำลังอยู่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจของผู้ที่เป็นมารดา ส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ส่งผลกระทบต่อกระบวนการปรับบทบาทในการเป็นมารดาและสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก รวมทั้งส่งผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสและสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจและให้ความสำคัญกับการพยาบาลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดเพื่อให้สตรีที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถใช้ชีวิตในสังคมและดำรงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า/ ระยะตั้งครรภ์/ ระยะคลอด/ ระยะหลังคลอด/ บทบาทพยาบาล

* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

E-mail: Nuttaya828@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

*** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม

***** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลนครพนม



The role of nurses in caring for women with depression during pregnancy, labor, and postpartum periods

Nuttaya Onpiw* Prapirat Keawsiri ** Chawala Buahom ***

Yothaka Pakee**** Jenjira Kuntak*****

Abstract

Currently, there is an increasing trend in the incidence of depression, especially among women during pregnancy, labor, and postpartum periods. This depression has severe impacts on both the physical and mental health of mothers, as well as on the fetus during pregnancy. It also affects maternal role adjustment, mother-infant relationships, and marital and family relationships. Therefore, nurses should have knowledge, understanding, and prioritize nursing care for women with depression during pregnancy, labor, and postpartum periods. By preventing potential impacts on women with depression during these critical periods, they can lead fulfilling lives in society and enjoy motherhood happily.

Keywords: *Depression/ Pregnancy/ Labor/ Postpartum/ Nursing roles*

* Corresponding author, Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University.

E-mail: Nuttaya828@gmail.com

** Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University.

*** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University.

**** Registered Nurse, Professional Level, Labor Room, Nakhonphanom Hospital.

***** Registered Nurse, Professional Level, Obstetrics Gynecology Department, Nakhonphanom Hospital.



บทนำ

ความผิดปกติทางด้านจิตสังคมของสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดเริ่มถูกกล่าวถึงมากขึ้น จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ความผิดปกติทางด้านจิตสังคมในระยะมีบุตรสูงขึ้นต่อเนื่องในระยะ 10 ปี จาก 18.4 ต่อ 1,000 การคลอด สูงขึ้นถึง 40.4 ต่อ 1,000 การคลอด¹ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นความผิดปกติทางด้านจิตสังคมที่พบอุบัติการณ์ได้บ่อยมากขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เห็นได้จากการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบจากต่างประเทศที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกเกิดภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 7 และพบว่าสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่สามเกิดภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 21² สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ เห็นได้จากการศึกษาที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 10³ สำหรับอุบัติการณ์ในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จากการสำรวจกลุ่มมารดาหลังคลอดในประเทศญี่ปุ่นพบว่า มารดาผัดคลอดทางหน้าท้องมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงถึงร้อยละ 40⁴ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผัดคลอดทางหน้าท้องที่บุตรป่วยร้อยละ 27.65⁵ และพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในผู้เป็นมารดาครั้งแรกสูงถึงร้อยละ 64.17⁶ จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดระยะของการตั้งครรภ์และเกิดขึ้นได้กับมารดาทุกชนชาติและทุกวิธีการคลอด ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย ด้านจิตใจ ส่งผลกระทบต่อการทำงานของปอด การเป็นมารดา ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพของมารดาและทารก รวมทั้งส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพของคู่สมรสและครอบครัว⁷⁻⁹ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า การคัดกรองและการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า แนวทางการ

รักษาของแพทย์และที่สำคัญคือ ทบทวนบทบาทของพยาบาลในการดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าต่อเนื่องตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้สตรีเหล่านี้สามารถดำรงชีวิตร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุข

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าระยะตั้งครรภ์ หมายถึง ความผิดปกติของการรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ทางลบของสตรีตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปในระยะเวลาหนึ่งถึงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยสามารถพบได้ทุกไตรมาสการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สามเนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างมากขึ้น รวมถึงความกลัวและวิตกกังวลจากภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ ความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ส่งผลทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ในทางลบ²⁻³

ภาวะซึมเศร้าระยะคลอด หมายถึง ความผิดปกติด้านอารมณ์และความรู้สึก และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในด้านลบของสตรีในระหว่างรอบคลอด ระยะคลอดที่เกิดจากประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดีรวมไปถึงความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้นระหว่างพักรักษาตัวที่ห้องคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอารมณ์และความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้นส่งผลต่อเนื่องจนถึงระยะหลังคลอด^{2-3, 6}

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด หมายถึง ความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและพฤติกรรม ลักษณะสำคัญของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด คือจะมีอาการรุนแรงจนรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน รบกวนการเลี้ยงดูบุตร รวมถึงสูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง อาการเป็นอยู่นานได้ถึง 6 เดือน หลังคลอดหรือยาวนานถึง 1 ปี ส่วนใหญ่ความทุกข์ในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จะพบมากในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด⁶⁻⁸



สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในสตรีระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยสามารถแบ่งได้ดังนี้

1. ความตึงเครียดทางร่างกาย (Biological Stress) ในระยะตั้งครรภ์การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักร่างกายที่ต่ำกว่าเกณฑ์หรือน้ำหนักเกินเกณฑ์ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและระบบภูมิคุ้มกันในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงมากขึ้นโอกาสเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น สตรีเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เป็นต้น⁹⁻¹⁰ สำหรับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะคลอด เช่น การสูญเสียเลือด สารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ อาการเหนื่อยล้าเนื่องจากการคลอดลำบาก เนื้อเยื่อบาดเจ็บ การติดเชื้อ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงของต่อมไร้ท่อและระดับของฮอร์โมนในระยะหลังคลอดทันทีที่มีผลทำให้เกิดความตึงเครียดทางจิตใจ รวมถึงมารดามีประสบการณ์ในการคลอดไม่ดี เช่น ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน การบาดเจ็บจากการคลอด การคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ เป็นต้น ส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจได้⁷ ซึ่งมีการศึกษาพบว่า มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องฉุกเฉินมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงถึงร้อยละ 20.20¹¹

2. ความตึงเครียดทางจิตใจ (Psychological Stress) ภาวะซึมเศร้ามักเกิดจากการตั้งครรภ์ ที่ไม่พึงปรารถนา มีปัญหาในชีวิตสมรส เช่น คู่สมรสนอกใจ มีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว ถูกทอดทิ้ง หรือถูกละเลยจากคู่สมรส เป็นต้น หรือมารดาที่มีความวิตกกังวลต่อเพศและความสมบูรณ์ของบุตร รวมถึงบุตรเจ็บป่วยหรือมีความพิการแต่กำเนิด⁷ ซึ่งมีการศึกษาพบว่าระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษา สามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องฉุกเฉินได้¹¹ รวมถึงความวิตกกังวลต่อภาระหน้าที่ในการเลี้ยงบุตรไม่มั่นใจว่าจะดูแลบุตรได้ ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ความเครียด

จากการเลี้ยงดูบุตรเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วย⁵ และมารดาที่มีความผิดปกติทางจิตใจในระยะตั้งครรภ์ เช่น เคยมีประวัติซึมเศร้าในครรภ์มาก่อน เคยมีประวัติป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นต้น มีโอกาสเป็นซ้ำได้มากขึ้นถึงร้อยละ 20⁷

3. ความตึงเครียดทางสังคม (Social Stress) ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด พบบ่อยในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ต้องพึ่งพาครอบครัว มีเศรษฐกิจฐานะยากจน ซึ่งทำให้วิตกกังวลต่อค่าใช้จ่ายในการคลอดและการเลี้ยงดูบุตรส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้¹¹ มีการศึกษาพบว่า มารดาที่มีเศรษฐกิจฐานะยากจนสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ รวมถึงการที่มารดาไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างจะทำให้มารดาเกิดความเครียดส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องฉุกเฉินได้¹¹ อีกปัจจัยหนึ่งคือการที่มารดาหลังคลอดอยู่ในครอบครัวที่ดูแลโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเคร่งครัดมากเกินไป เช่น การอยู่ไฟหลังคลอด มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดในการรับประทานอาหารหลังคลอด เป็นต้น ซึ่งจะทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความขัดแย้งและสับสนในใจ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้⁷

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าในสตรีระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบหลายด้าน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อตัวมารดา ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบทำให้สตรีเหล่านี้สูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ ความเหนื่อยล้า เชื่องซึม สื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ และสูญเสียพลังงาน ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือไม่สามารถทำหน้าที่ตามปกติได้ บางรายที่มีอาการทางจิต



รุนแรงอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เช่น ตีศีรษะ เหวี่ยง เหวี่ยง ฆ่าตัวตาย เป็นต้น⁷⁻⁹

2. ผลกระทบต่อคู่สมรสและครอบครัว เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าจะทำให้มีการพูดคุยสื่อสารภายในครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมักเกิดขึ้นขณะที่มารดามีอารมณ์เศร้าและสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง จะมีการสื่อสารในครอบครัวน้อยลง และมารดามักพยายามปิดบังความรู้สึกที่เกิดขึ้นทำให้ทะเลาะกับสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาภายในครอบครัว¹¹ รวมถึงมารดาเกิดความเหนื่อยล้าทั้งจากความผิดปกติทางจิตใจและเหนื่อยล้าจากการเปลี่ยนแปลงระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอดส่งผลให้ขาดความสนใจในคู่สมรส และมีสมรรถภาพทางเพศลดลง เกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส อาจเป็นสาเหตุของการหย่าร้างได้⁸⁻⁹

3. ผลกระทบต่อทารกในครรภ์และบุตร สตรีที่มีภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์มักส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ เช่น เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า เป็นต้น³ รวมถึงทารกในครรภ์และทารกแรกเกิดอาจได้รับผลกระทบจากยารักษาภาวะซึมเศร้า¹⁰ สำหรับมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมักส่งผลให้ไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเต็มที่ ไม่สามารถส่งเสริมหรือกระตุ้นพัฒนาการด้านร่างกายและอารมณ์ของบุตรได้ บางรายไม่สนใจดูแลบุตร มีการทุตีทารุณบุตรหรือละทิ้งบุตร⁷ ซึ่งเด็กที่เติบโตมาจากการเลี้ยงดูของมารดาที่มีภาวะซึมเศร้านักพบว่า มีปัญหาด้านสติปัญญาและพฤติกรรมได้แก่ มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีภาวะซึมเศร้า พุดน้อย รวมถึงมีความบกพร่องในการเข้าสังคม ชอบแยกตัว และไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้^{7,9}

การคัดกรองและการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าสามารถลดความเสี่ยงหรือผลกระทบจากโรคได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการคัดกรอง โดยควรคัดกรองร่วมกันกับภาวะวิตกกังวลเนื่องจากพบว่า ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะวิตกกังวลสูงถึง

ร้อยละ 37 ซึ่งในช่วงก่อนและหลังคลอด (Perinatal Period) มักพบว่า กลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยคิดเป็นร้อยละ 28¹² ซึ่งประเด็นสำคัญตามคำแนะนำของ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)¹³ มีดังนี้ สตรีทุกคนควรได้รับการคัดกรองภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือมาตรฐานทั้งช่วงก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ และหลังคลอด โดยสถานพยาบาลควรมีการคัดกรองอย่างเป็นระบบเพื่อให้มั่นใจว่าสตรีทุกคนได้รับการประเมิน ในช่วงเวลาที่เหมาะสมและเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการติดตามเป็นระยะอย่างเหมาะสม โดยเครื่องมือคัดกรองที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากลและใช้ในประเทศไทย เช่น แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q, 9Q, รวมถึงแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด EPDS¹³ เป็นต้น

การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าของสมาคมจิตเวชศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกาใช้เกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-5)¹⁴ มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยต่อไปนี้ 5 ข้อ โดยอย่างน้อยต้องมีข้อ 1 หรือข้อ 2 หนึ่งข้อ และมีอาการนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์โดยไม่เคยให้ประวัติว่ามีช่วงอารมณ์ดีศรีกครันมากกว่าปกติ (Mania) หรือช่วงที่อารมณ์ดีศรีกครันระยะสั้น ๆ (Hypomania) ซึ่งมีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้ 1) ซึมเศร้าโดยมีอาการเกือบทั้งวัน แทบทุกวัน 2) ความสนใจหรือความเพลิดเพลินใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลงอย่างมาก 3) เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือกินจุ น้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน 4) นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติ 5) กระวนกระวาย (Agitation) หรือเคลื่อนไหวช้ากว่าปกติ (Retardation) เกือบทุกวัน 6) อ่อนเพลีย ไม่มีแรงหรือไร้เรี่ยวแรงเกือบทุกวัน 7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่สมเหตุสมผล 8) สมาธิลดลง ความสามารถในการคิดอ่านลดลงหรือตัดสินใจไม่ได้เกือบทุกวัน และ 9) คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อย ๆ พยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน โดยอาการเหล่านี้ทำให้ทุกข์ทรมานหรือทำให้การประกอบ



อาชีพ การเข้าถึงสังคม หรือการทำหน้าที่ด้านอื่น ๆ ที่สำคัญ
บกพร่องอย่างชัดเจน และอาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทาง
กายหรือการใช้สารเสพติด^{8, 12, 14}

แนวทางการรักษาภาวะซึมเศร้า

การรักษาภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์
ระยะคลอด และระยะหลังคลอดมีวิธีการรักษาที่หลากหลาย
แพทย์จะทำการรักษาทางร่างกายโดยการใช้
ยาควบคู่ไปกับการรักษาทางจิตโดยใช้จิตบำบัด
ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของแต่ละบุคคล รวมไปถึง
ประวัติการรักษาทางจิตเวช^{7, 9} ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การรักษาทางกาย แพทย์จะพิจารณาการ
รักษาโดยแบ่งตามระดับความรุนแรงของโรค หลักการ
ทั่วไปในการดูแลรักษาด้วย Psychopharmacotherapy
ในสตรีตั้งครรภ์และหลังคลอดคือ การใช้ยาในขนาดต่ำ
ที่สุดที่การรักษาได้ผลดี เลี่ยงการใช้ยาหลายตัวเปลี่ยน
ชนิดของยาให้น้อยที่สุด และให้ถือว่าการไม่รักษาหรือ
รักษาไม่เพียงพอเป็นความเสี่ยง¹⁵

1.1 การรักษาด้วยยา เป็นทางเลือกหลัก
ในการรักษามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะตั้ง
ครรภ์ ซึ่งในสหรัฐอเมริกาใช้ยาต้านอาการเศร้าในสตรี
เหล่านี้มากกว่า 15 ปี⁹ กลุ่มยาที่เลือกใช้เป็นอันดับ
แรกคือ กลุ่ม Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRIs)
และยาในกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่ม Serotonin-Norepinephrine
Reuptake Inhibitors (SNRIs) ขอยกตัวอย่างยาที่ใช้บ่อย
กับสตรีตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดดังนี้^{9, 15}

**1.1.1 กลุ่มยา Serotonin Reuptake
Inhibitor (SSRIs)** ได้แก่ Sertraline Fluoxetine
Citalopram และ Escitalopram ซึ่งเป็นกลุ่ม First
line treatment สำหรับกลุ่ม Mild-Moderate
Depression หรือ Severe Depression¹⁵ โดย
Fluoxetine ได้รับการศึกษาอย่างแพร่หลายว่ามี
ความปลอดภัยต่อทารกในครรภ์ ส่วนยา Sertraline
เป็นยาที่ส่งผ่านรกน้อยที่สุด และมีรายงานว่ายาในกลุ่มนี้
ไม่พบรายงานการเกิด major malformation และ
cardiovascular malformation¹⁶ สำหรับผลข้างเคียง

ยาในกลุ่ม Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRIs)
ต่อมารดา 1) Central nervous system effects เช่น
มึนงง ง่วงนอน นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ เป็นต้น 2) เกิด
ภาวะ Serotonin syndrome จากการมี Serotonin
Activity มากเกินไป ส่งผลให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน
ท้องเสีย ปวดท้อง ความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ เดินเซ
มีไข้ หัวใจเต้นเร็ว หรือรุนแรงถึงขั้นหมดสติ¹⁵⁻¹⁶

**1.1.2 กลุ่ม Serotonin-Norepi-
nephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs)** ได้แก่
Duloxetine Venlafaxine ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Second
line treatment สำหรับกลุ่ม Mild-Moderate Depression
หรือ Severe Depression¹⁵ บางรายงานการศึกษาพบ
ว่า หากได้รับยาในไตรมาสแรก จะสัมพันธ์กับการเกิด
ภาวะทารกไม่มีสมองและกะโหลกศีรษะ (Anencephaly)
โรครูรั่วที่ผนังกันหัวใจห้องบน (Atrial septal defect)¹⁶
สำหรับผลข้างเคียงของยาในกลุ่ม Serotonin-Norepinephrine
Reuptake Inhibitors (SNRIs) ต่อมารดาพบเช่น
เดียวกับกลุ่ม Serotonin Reuptake Inhibitor
(SSRIs)¹⁵

**1.2 การช็อคไฟฟ้า (Electroconvulsive
therapy)** จะพิจารณารักษาในรายที่มีอาการรุนแรงหรือ
ใช้ยารักษาไม่ได้ผล และควรมีการเฝ้าระวังความคิด
ทำร้ายตนเอง ทำร้ายทารก และประหม่น การตอบสนอง
ต่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง⁹

**2. การรักษาทางจิตโดยใช้จิตบำบัด
(Psychotherapy)** ใช้ในรายที่อาการไม่รุนแรง หรือ
รักษาร่วมกับการใช้ยา มีรายละเอียดดังนี้

**2.1 จิตบำบัดรายบุคคล (Individual
therapy) จิตบำบัดกลุ่ม (Group therapy)** การบำบัด
ทางปัญญา (Cognitive behavior therapy) หรือการ
บำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหา (Problem focused
therapy) เพื่อแก้ไขความขัดแย้งต่างๆ ให้อยอมรับบทบาท
การเป็นมารดามากขึ้น ช่วยให้การมารดาเรียนรู้ วิธีเลี้ยงดู
บุตร สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น เปิดโอกาสให้
มารดาได้ระบายความโกรธ ความไม่พอใจ และปัญหา
ต่างๆ ที่มีอยู่⁷



2.2 จิตบำบัดครอบครัว (Family therapy) หรือจิตบำบัดระหว่างคู่สมรส (Marital therapy) หรือสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นการให้จิตบำบัดร่วมกับการให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดและครอบครัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้น แนวทางการรักษาพยาบาล การเผชิญความเจ็บป่วยและการดูแลจากสามีและครอบครัว การให้คำแนะนำแก่ครอบครัวให้เข้าใจถึงความผิดปกติทางจิตใจของมารดาหลังคลอด เข้าใจในแนวทางการรักษา รวมทั้งสิ่งที่ครอบครัวควรปฏิบัติต่อมารดาหลังคลอด จะช่วยให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น^{7, 9}

บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

การดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด พยาบาลควรทราบแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อให้สามารถดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องตลอด ระยะของการมีบุตร ผู้เขียนได้รวบรวมบทบาทของพยาบาลโดยมีรายละเอียดดังนี้

การดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์

1. คัดกรองภาวะซึมเศร้าเมื่อมาฝากครรภ์ ซึ่งเครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายและสามารถใช้ได้กับทุกสถานพยาบาล¹² มีดังนี้ 1) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) มีการแปลผลดังนี้ ถ้าตอบคำถาม “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้แจ้งผลและแนะนำความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า แล้วส่งต่อแผนกจิตเวชเพื่อประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป 2) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) การแปลผล กรณีคะแนน ≥ 7 คะแนน หมายถึง

มีภาวะซึมเศร้า ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ต่อไป 3) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) การแปลผลและแนวทางการช่วยเหลือ มีดังนี้

คะแนน 1-8 คะแนน หมายถึง มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อย การช่วยเหลือคือ ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว พร้อมทั้งติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง โดยแนะนำให้ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด

คะแนน 9-16 คะแนน หมายถึง มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับปานกลาง การช่วยเหลือคือ ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว การช่วยเหลือทางสังคมและจิตใจ ช่วยแก้ไขปัญหที่ทุกข์ใจอย่างเร่งด่วน แนะนำญาติให้ดูแลใกล้ชิดและให้ความรู้แก่ญาติเรื่องวิธีการช่วยเหลือและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายอย่างถูกต้อง ติดตามประเมินอาการทุกสัปดาห์ หากมีอาการรุนแรงมากขึ้นให้รีบส่งพบแพทย์

คะแนนมากกว่า 17 คะแนน หมายถึง มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับรุนแรง การช่วยเหลือคือ ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว ให้การช่วยเหลือทางสังคมและจิตใจช่วยแก้ไขปัญหที่ทุกข์ใจเร่งด่วน หากความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายไม่ลดลงรีบส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิด^{8, 12} และซักประวัติที่อาจเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เช่น ประวัติเคยป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ประวัติการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการคลอด ปัญหาในชีวิตสมรส การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การใช้ความรุนแรงในครอบครัว เศรษฐฐานะยากจน เป็นต้น⁷⁻⁹ หากพบความเสี่ยงขณะมาฝากครรภ์ควรคัดกรองโรคซึมเศร้าตามแนวทางและเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างใกล้ชิด

2. ดูแลให้สตรีตั้งครรภ์หรือมารดาหลังคลอด มาตรวจตามนัด โดยเมื่อสตรีตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัย



ว่ามีความผิดปกติของสุขภาพจิต ให้ประเมินซ้ำใน 4 สัปดาห์^{12, 15} เพื่อส่งพบแพทย์ในการพิจารณาปรับยาหรือหยุดยา ซึ่งมีแนวทางดูแล 3 ประเด็น ดังนี้

1) กรณีอาการไม่ดีขึ้นหรือดีขึ้นเล็กน้อย หากสตรีตั้งครรภ์ไม่มีอาการข้างเคียงจากยาหรือมีเพียงเล็กน้อยจะมีการปรับเพิ่มขนาดยาจนกว่าจะไม่มีอาการหรือหากมีอาการข้างเคียงรุนแรง แพทย์จะค่อย ๆ ลดขนาดยาจนหยุดยาและเริ่มยาตัวใหม่ไปพร้อมกัน อาจมีการรักษาด้วยวิธีอื่นร่วมด้วยและประเมินซ้ำทุก 4 สัปดาห์ ทบทวนการปรับยาจนกว่าจะไม่มีอาการ 2) กรณีอาการดีขึ้น ไม่มีอาการข้างเคียงจากยาหรือมีเล็กน้อย นัดมาประเมินซ้ำทุก 4 สัปดาห์ และทบทวนการปรับยา กระตุ้นให้รับประทานยาสม่ำเสมอและรักษาอย่างต่อเนื่อง 3) กรณีไม่มีอาการหรือได้รับการวินิจฉัยว่า หายขาด แพทย์จะพิจารณาค่อย ๆ ลดขนาดยาจนกระทั่งหยุดยาได้ เมื่อไม่มีอาการซึมเศร้าอย่างน้อย 6 เดือน กรณีเป็นมารดาหลังคลอดจะมีการให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับการคุมกำเนิดหลังคลอดร่วมด้วย¹⁵

3. ดูแลสตรีตั้งครรภ์ให้ได้รับยารักษาโรคซึมเศร้าตามแผนการรักษา ซึ่งได้นำเสนอยาที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้าในหัวข้อข้างต้น โดยพยาบาลควรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันผลข้างเคียงจากยาหรือให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาผลข้างเคียงจากยา^{7, 15-17} ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มยา Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRIs) และยาในกลุ่ม Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors การพยาบาลคือ ให้คำแนะนำให้รับประทานยาในตอนเช้า หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน สอนเทคนิคคลายเครียดให้สตรีตั้งครรภ์ก่อนเข้านอน และเฝ้าระวังการเกิดภาวะ serotonin syndrome ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เดินเซ สับสน กระวนกระวาย มีไข้สูง หากพบควรหยุดยาและรายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือทันที^{9, 15, 17}

4. ให้คำแนะนำสตรีตั้งครรภ์ในการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล เช่น อารมณ์เศร้า

รุนแรงมากขึ้น ไม่สามารถทำงานบ้านหรือปฏิบัติงานได้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้หรือดูแลตนเองได้ มีความคิดทำร้ายตนเองหรือพยายามทำร้ายตนเอง เป็นต้น ควรปรึกษาครอบครัวหรือบุคคลที่ไว้วางใจ เพื่อนำส่งโรงพยาบาล⁹

5. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ากับคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทเพื่อคอยให้ความช่วยเหลือ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินแก่สตรีตั้งครรภ์ หรือเมื่อสตรีตั้งครรภ์ต้องการความช่วยเหลือในระหว่างการตั้งครรภ์ รวมถึงแนะนำวิธีการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบพาสตรีตั้งครรภ์มาโรงพยาบาล⁹

6. แนะนำสตรีตั้งครรภ์ใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที เช่น การฝึกฝนการหายใจเข้า-ออก ลึก ๆ (deep breathing) การทำสมาธิ รวมถึงผ่อนคลายความเครียดด้วยการอาบน้ำอุ่น ๆ เป็นต้น แนะนำสตรีตั้งครรภ์ให้ออกกำลังกายซึ่งสามารถทำได้หากไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกายใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อวัน⁹

7. แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ระบายความรู้สึกกับบุคคลที่ไว้วางใจและควรมีบุคคลที่สตรีตั้งครรภ์ไว้วางใจอยู่เป็นเพื่อนและไม่ควรอยู่ตามลำพัง⁹

8. เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด โดยให้มารดาเข้ากลุ่มทำกิจกรรมร่วมกับรายอื่นที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน โดยความสนใจเพื่อให้ความช่วยเหลือระดับประคองซึ่งกันและกัน หรือจัดให้ได้พูดคุยกับผู้ที่เคยผ่านภาวะซึมเศร้ามาแล้วเพื่อให้แนวทางในการแก้ไขปัญหาให้ความช่วยเหลือ ทั้งนี้การที่สตรีตั้งครรภ์ได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดจะส่งผลทำให้เกิดความอบอุ่น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือว่าเหว่ รวมถึงความรู้สึกที่คิดว่าตนเองถูกทอดทิ้งจะลดน้อยลงเพื่อให้สามารถฟื้นคืนสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น^{7, 9}

9. สำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พยาบาลควรส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ระยะเวลาของการตั้งครรภ์ พัฒนาการของทารกในครรภ์ การเปลี่ยนแปลงในระหว่าง



ตั้งครรภ์ การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ที่ต้องรับมาโรงพยาบาล เป็นต้น และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยเหลือแม้ว่าการตั้งครรภ์จะเกิดขึ้นโดยความพร้อมหรือไม่พร้อมก็ตาม เนื่องจากความรัก ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ และการดูแลของครอบครัวในระหว่างวัยรุ่นตั้งครรภ์เป็นสิ่งสำคัญมากในการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความช่วยเหลือด้วยการให้เกียรติ เป็นมิตร ไม่ตัดสิน เป็นที่ปรึกษาที่ดี และรักษาความลับของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จะสามารถลดความตึงเครียดและภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นได้ในระหว่างตั้งครรภ์^{8, 9}

การดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะคลอด

1. ดูแลส่งเสริมให้ผู้คลอดรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก เริ่มต้นตั้งแต่ระยะรับไว้ในห้องคลอด การดูแลระหว่างรอคลอดโดยการช่วยเหลือประคับประคองผู้คลอดอย่างใกล้ชิด ซึ่งการสนับสนุนผู้คลอดทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะรอคลอดอย่างต่อเนื่อง หรืออนุญาตให้สามีหรือครอบครัวเข้าดูแลผู้คลอดเหล่านี้ได้เพื่อให้กำลังใจและมั่นใจ รวมถึงใช้คำพูดและการสัมผัสที่อ่อนโยน 2) การสนับสนุนด้านข้อมูล เช่น การให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้คลอดใช้เทคนิคบรรเทาความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะรอคลอด เป็นต้น 3) การสนับสนุนด้านความสุขสบาย ได้แก่ การช่วยจัดท่าหรือเปลี่ยนท่าระหว่างรอคลอด การนวดหลังและกระเบนเหน็บระหว่างมดลูกมีการหดตัว การดูแลขณะขับถ่าย การเช็ดตัว เปลี่ยนผ้าแห้งสะอาดกรณีมีมูกเลือดหรืออุ้งน้ำคร่ำแตก รวมถึงการดูแลให้สารน้ำสารอาหารตาม ความเหมาะสมในระยะคลอด และ 4) การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด ในระยะเจ็บครรภ์คลอด ผู้คลอดอาจสื่อสารได้ไม่มีประสิทธิภาพ พยาบาลควรเป็นตัวแทนในการสื่อสารความต้องการระหว่างผู้คลอดกับครอบครัวหรือ

กับแพทย์ เช่น คอยแจ้งข้อมูลให้ครอบครัวทราบถึงความก้าวหน้าของการคลอด เป็นต้น เพื่อให้ผู้คลอดอบอุ่นใจ รู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง เกิดความผ่อนคลายและรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก^{9, 18}

2. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลในระหว่างรอคลอดหรือดูแลทำหัตถการอย่างนุ่มนวล ตรวจภายในอย่างนุ่มนวล โดยการคำนึงถึงความเป็นบุคคล และไม่เปิดเผยความเป็นส่วนตัว เช่น ก่อนตรวจภายในควรมีการแจ้งให้ทราบและขออนุญาตผู้คลอดทุกครั้ง รวมถึงกันม่านให้มิดชิดในระหว่างการตรวจภายใน เป็นต้น ดูแลมารดาในระหว่างเผชิญความปวดในระยะคลอด โดยใช้เทคนิคการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น เทคนิคการหายใจเบี่ยงเบนความปวด การนวดก้นกบกระเบนเหน็บ การฟังดนตรีเบี่ยงเบนความปวด การใช้สุคนธบำบัด เป็นต้น¹⁸

3. ดูแลให้กำลังใจ เสริมแรงทางบวกขณะเบ่งคลอดโดยการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถ ของผู้คลอด เช่น กล่าวคำชมเชย พุดคุยให้กำลังใจ และอยู่ใกล้ชิดในระหว่างการเบ่งคลอด แสดงออกซึ่งความเห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ผ่านการสัมผัสและพุดคุย เป็นต้น¹⁸

4. เมื่อทารกคลอด หากมารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดูแลนำทารกให้มารดาโอบกอดสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (Skin to skin contact) ภายใน 30-45 นาทีแรกหลังคลอด การที่มารดาได้โอบกอดทารกทันทีหลังคลอดจะเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกทำให้มารดารับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก ดูแลความสุขสบาย และดูแลให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ในระหว่างนอนพักสังเกตอาการในห้อง 2 ชั่วโมงหลังคลอด รวมถึงจัดสิ่งแวดล้อมให้มารดาและทารก อยู่ด้วยกันตลอด (Rooming in) หากมารดาเกิดความเหนื่อยล้าสามารถนำทารกมาดูแลให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมในการดูแลบุตรในระยะหลังคลอด¹⁸



การดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด

1. ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างต่อเนื่องจนถึงเมื่อมาตรวจหลังคลอด ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่นำมาใช้อย่างแพร่หลาย เช่น The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) เป็นต้น¹²⁻¹³ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ มีคะแนนรวม 30 คะแนน ใช้จุดตัดที่ 11 คะแนน หากมารดาประเมินตนเองแล้วได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 11 คะแนน หมายถึงมารดามีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ควรส่งต่อให้กับจิตแพทย์ เพื่อวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาต่อไป^{6,15}

2. อธิบายให้มารดาหลังคลอดทราบถึงสาเหตุการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะหลังคลอดรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เศร้าเพื่อให้มารดาหลังคลอดได้ตรวจสอบความรู้สึกตนเอง⁹

3. ดูแลมารดาหลังคลอดให้ได้รับความสบายทางด้านร่างกาย และได้รับการพักผ่อน อย่างเพียงพอ หากมารดามีอาการสงบอาจนำบุตรให้มารดาดูแลในเวลากลางวัน และครอบครัวช่วยดูแลทารกแทนในเวลากลางคืนเพื่อให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเต็มที่^{7,9}

4. ควรรับฟังปัญหาต่าง ๆ ของมารดาหลังคลอด พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่มารดาหลังคลอดและครอบครัว⁷ สนับสนุนให้มารดาหลังคลอดได้รับการปรึกษาปรึกษาทางจิตใจจากทีมบุคลากรสุขภาพและครอบครัว¹¹ ส่งเสริมและให้กำลังใจในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา โดยกล่าวชมเชยเมื่อมารดาสามารถปฏิบัติตัวหรือให้การดูแลบุตรได้ถูกต้องเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดำรงบทบาทมารดา⁷

5. จัดโปรแกรมให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งเรียกว่า โปรแกรม NURSE⁶ มีรายละเอียดดังนี้ N = Nourishment and need ได้แก่ ดูแลให้ได้รับอาหารและสารน้ำอย่างเพียงพอ รวมถึงรับประทานยาบำรุงครรภ์หลังคลอดอย่างต่อเนื่อง U = Understanding ให้คำแนะนำและอธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในการกลับคืนสู่ปกติหลังคลอด

รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังคลอดเพื่อป้องกันและสังเกตการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด R = Rest and relaxation ดูแลให้มารดาพักผ่อนให้เพียงพอ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร แบ่งเบาภาระงานบ้าน ให้มารดาได้มีเวลาพักผ่อนเพื่อช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลในการดูแลบุตร S = Spirituality ส่งเสริมความเชื่อเพื่อช่วยให้มารดารู้สึกมีแหล่งพึ่งพิงทางใจโดยส่งเสริมให้มารดาทำกิจวัตรหรือกิจกรรมทางศาสนาตามความเหมาะสม E = Exercise หากมารดาไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย ควรส่งเสริมให้มารดาได้ออกกำลังกาย ซึ่งจะช่วยให้มีการหลั่งสารเอ็นโดรฟิน ซึ่งเป็นสารแห่งความสุข รวมถึงทำให้สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังคลอดได้เร็วยิ่งขึ้น⁶

6. การส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา โดยทั่วไปสตรีที่มีปัญหาทางด้านจิตสังคม ไม่ควรถูกแนะนำให้หยุดเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา อย่างไรก็ตามหากมีการเริ่มยาใหม่ในระยะให้นมบุตร ควรพิจารณาระดับยาที่อาจจะส่งผ่านทางน้ำนมไปยังทารก โดยทั่วไปหากขนาดยาที่ถูกส่งผ่านน้ำนมไปยังทารก น้อยกว่าร้อยละ 10 ถือว่าสามารถเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาได้ ควรพิจารณาข้อมูลจำเพาะของยาแต่ละชนิด ประกอบการตัดสินใจร่วมด้วย รวมถึงให้คำแนะนำมารดาในการบริหารเวลาอย่างเหมาะสมในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาเนื่องจากหากมารดาอดนอนและมีความเครียดจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีอาการทางจิตเวชไม่คงที่¹⁵

7. ดูแลให้ได้รับความช่วยเหลือและรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างเหมาะสม ดังนี้

7.1 หากประเมินแล้วพบว่า มารดามีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงโดยเฉพาะระยะที่มารดากำลังเข้าสู่ภาวะซึมเศร้าหรือในระยะที่กำลังฟื้นจากภาวะซึมเศร้าเป็นระยะที่อาจเกิดการทำร้ายตนเองมากที่สุด พยาบาลควรป้องกันไม่ให้มารดาทำร้ายตนเอง ฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายบุตร โดยการไม่ทิ้งให้มารดาอยู่ตามลำพังกับทารก เก็บเครื่องมือ เครื่องใช้ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย



กิจกรรมต่าง ๆ ของมารดาควรอยู่ในสายตาของพยาบาล แต่ไม่ควรให้มารดาเกิดความรู้สึกว่าตนเองถูกจ้องมองอยู่ตลอดเวลา หากมารดาเริ่มแสดงอาการผิดปกติทางจิตที่รุนแรงมากขึ้น ควรส่งต่อจิตแพทย์เพื่อให้การดูแลรักษาต่อไป^{7,9}

7.2 ให้คำแนะนำและให้กำลังใจแก่สามีและครอบครัว เนื่องจากครอบครัวต้องการกำลังใจจากทีมแพทย์พยาบาลเช่นกัน อธิบายให้สามีเข้าใจความเจ็บป่วยของภรรยา อธิบายแผนการรักษาที่มารดากำลังได้รับ เปิดโอกาสให้สามีได้ระบายความรู้สึก ชักถามข้อสงสัย ให้กำลังใจครอบครัวให้มีความเข้มแข็ง เพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือและประคับประคองให้กำลังใจแก่ภรรยาอย่างเต็มที่^{7,9}

7.3 ควรให้คำแนะนำการวางแผนครอบครัว โดยการเว้นระยะการมีบุตร การคุมกำเนิด เป็นระยะ 2-3 ปี เนื่องจากอาจมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้⁷ จึงควรให้คำแนะนำสามีและมารดาหลังคลอด ร่วมพิจารณาวิธีคุมกำเนิดหลังคลอดตามความเหมาะสม^{7,9}

7.4 ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ควรวางแผนประสานงานกับหน่วยเวชกรรมสังคม เพื่อให้มีการติดตามเยี่ยมบ้านหรือติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ภายหลังจากจำหน่าย 2-3 สัปดาห์ หรือติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้คำแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์และส่งต่อให้หน่วยงาน ในชุมชนติดตามอย่างใกล้ชิด^{7,9}

สรุป

การเกิดภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่อยู่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงเวลาเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของชีวิต ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้า โดยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ การเกิดภาวะซึมเศร้า และทราบแนวทางการคัดกรอง

และการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าและการรักษาของแพทย์ โดยเฉพาะกลุ่มยารักษาภาวะซึมเศร้าที่ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยในการใช้ยาและสามารถให้คำแนะนำ ในการป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงภายหลังการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และมารดา หลังคลอดเกิดความปลอดภัยสูงสุดในการใช้ยา รวมถึงที่สำคัญคือควรมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทของพยาบาล ในการดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าตลอดระยะการมีบุตร เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแก่สตรีที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างเหมาะสมเพื่อให้สตรีที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถดูแลตนเองและบุตร ไม่เกิดผลกระทบที่รุนแรง รวมถึงสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล: สามารถพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการพยาบาลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าให้ครอบคลุมตลอดระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เพื่อให้สตรีที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตลอดระยะเวลาเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของชีวิต

2. ด้านการบริหารทางการพยาบาล: ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการส่งเสริม สนับสนุนให้พยาบาล ผดุงครรภ์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้มีการอบรม พื้นฟู วิชาการ เรื่องการพยาบาลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าตลอดระยะการมีบุตร

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล: ควรมีการศึกษาทดลองพัฒนาโปรแกรมให้การพยาบาลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าให้ครอบคลุมตลอดระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ในการให้การพยาบาลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าตลอดระยะการมีบุตร โดยป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงจากการเกิดภาวะซึมเศร้าตลอดระยะการมีบุตร



Reference

1. McKee K, Admon LK, Winkelman TNA, Muzik M, Hall S, Dalton VK, Zivin K. Perinatal mood and anxiety disorders, serious mental illness, and delivery-related health outcomes, United States, 2006-2015. *BMC Womens Health*. 2020; 20(1):150.
2. Phoosuwan N, Buntupa P, Waenkwan S, Phoosuwan N, Pusuwan P. Predisposing, enabling, and reinforcing factors and depression among pregnant women in a North-Eastern province of Thailand. *JHS*. 2021;30(3):432-40. [In Thai].
3. Punyavachira P, Wattanapsit K. Anxiety and depression in pregnancy women with preterm labor in Ramathibodi Hospital. *Mahidol R2R e-Journal*. 2015;2(1):80-90. [In Thai].
4. Benton M, Salter A, Tape N, Wilkinson C, Turnbull D. Women's psychosocial outcomes following an emergency caesarean section: A systematic literature review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):1-24.
5. Onpiw N, Keawsiri P, Tipsing N, Naosrisorn P, Faramée P. Factors predicting postpartum depression among cesarean section mothers with sick newborns. *JRTAN*. 2023;24(2): 414-23. [In Thai].
6. Sutthiprapa A, Wunchooserm P. The role of nurses in caring for first-time mothers with postpartum depression. *JMND*. 2021;8(11):41-53. [In Thai].
7. Yimyam S. Nursing care of women with postpartum complications. In: Suphavititphatthana B, Prasitwattanaseri P, editors. *Nursing and midwifery: Women with risk conditions and complications*. Chiang Mai: Smart Coating and Service; 2017. [In Thai].
8. Prechon K. Postpartum Depression: Prevention and Care. *TRC Nurs J*. 2016;9(2):24-32. [In Thai].
9. Lowdermilk L, Cashion K, Alden R, Olshansky E, Perry E. *Maternity and women's health care*. 13th ed. St. Louis MO: Elsevier; 2020. 912 p.
10. Boobpamala S, Netimetee S, Jindapaisan S. Depression prevention in pregnant adolescents. *TJN*. 2022;71(4):63-72. [In Thai].
11. Saenbunma K, Deoisres W, Chuahom U. Predictors of postpartum depression among women with emergency cesarean section. *JFONUBUU*. 2019; 27(3):23-31. [In Thai].
12. Muenphinit TK. Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum. In: Thongprasert F, Phanthasri T, Manopanya M, editors. *Chiangmai Textbook of OB & GYN IX: The Guidelines 2024*. Chiang Mai: Jaraspringing; 2024. [In Thai].
13. American college of obstetricians and gynecologists. Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 4. *Obstet Gynecol*. 2023;141(6):1232-61.



14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Pub; 2013. 947 p.
15. Thongprasert F. Treatment and management of mental health conditions during pregnancy and postpartum. In: Thongprasert F, Phanthasri T, Manopanya M, editors. Chiangmai Textbook of OB & GYN IX: The Guidelines 2024. Chiang Mai: Jaraspringing;2024. [In Thai].
16. Youngsang K. Psychotropic drugs in Pregnancy. Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal. 2022;5(2):130-37. [In Thai].
17. Videbeck L. Psychiatric-Mental Health Nursing. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020. 525 p.
18. Somsap Y. Caring for women for a positive childbirth experience. Songklanagarind Journal of Nursing. 2022;40(2):178-86. [In Thai].