



บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลกับการดูแลภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด

Nurses' role in Caring for Postpartum Depression Mothers

รุ่งทิพย์ กาศักดิ์, วท.ม. (Rungtip Kasak, M.Sc.)*

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด เป็นภาวะที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งตัวมารดา ทารก และครอบครัว โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างมารดา ทารก พยาบาลจึงเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือมารดาหลังคลอด โดยมีบทบาทในการดูแลดังต่อไปนี้ 1) ทำการคัดกรองโรคอย่างถูกต้องรวดเร็วและต่อเนื่องทุกระยะหลังคลอด 2) ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเมื่อต้องรักษาด้วยการรับประทานยาต้านเศร้าหรือการรักษาด้วยไฟฟ้า 3) ดูแลด้านจิตสังคมด้วยการให้การปรึกษาโดยใช้เทคนิคที่มีประสิทธิภาพ และ 4) ให้การส่งต่ออย่างเหมาะสมเมื่อมีภาวะซึมเศร้า และการส่งต่อกลับสู่ชุมชน ดังนั้น พยาบาลที่ให้การดูแลมารดาหลังคลอดทุกคนจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพื่อจะได้ให้การดูแลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ซึ่งจะช่วยให้มารดาหลังคลอดกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ สามารถดำรงบทบาทการเป็นมารดาและเลี้ยงดูบุตรได้อย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล / ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด / การดูแล

*อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



Abstract

Depression in postpartum mothers is an important public health problem that commonly found. This problem severely impacts on mothers, babies, their families, and especially the mother-newborn relationship. Nurse is a health care provider who has the considerable roles to assist postpartum mothers. Nurses' roles in caring for postpartum mothers who have postpartum depression are as follow: 1) accurately and immediately screen postpartum depression at any stage, 2) provide helpful suggestion when they need treatments, such as antidepressant medications or electrotherapeutic treatment, 3) furnish social and psychological support using effective counseling techniques, 4) refer when postpartum depression occurs and transfer back to the community. Therefore, nurses who take care of postpartum mothers should have knowledge and in depth understanding of postpartum depression in order to provide accurate and timely care. Finally, postpartum mothers could normally live their lives, be able to maintain their maternal roles, and foster their infants effectively.

Keyword: Nurses' role / Postpartum depression / Caring

บทนำ

ปัจจุบันภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด (Postpartum Depression) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและพบได้บ่อยประมาณร้อยละ 9-16 (American Psychological Association, 2015) ในประเทศไทยผลการสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดพบว่ามีความหลากหลายขึ้นกับวิธีการศึกษาและเกณฑ์ที่ใช้ (ทรพนันท์ จุลพูล และชื่นฤทัย ยี่เขียน, 2558) โดยในปี 2553 พบว่ามีอุบัติการณ์ร้อยละ 15 (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ซึ่งใกล้เคียงกับ ลินาพร วิททยานิชชัย (2553) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 16.9 และจากการสำรวจรายงานวิจัยระหว่างปี 2548-2554 ของทรพนันท์ จุลพูล และชื่นฤทัย ยี่เขียน (2558) พบแนวโน้มเพิ่มขึ้นระหว่างร้อยละ 10-41.70 ภาวะ

ซึมเศร้าหลังคลอดไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจมารดาเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว และการดำรงบทบาทการเป็นมารดาและการเลี้ยงดูทารกเป็นอย่างมาก (Logsdon, Wisner and Hanusa, 2009) มารดาที่ซึมเศร้าจะสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน วิตกกังวลสูง รู้สึกผิดตำหนิตนเอง หวาดกลัว มีความยากลำบากในการเลี้ยงดูทารกขาดความพึงพอใจในสิ่งที่เคยสนใจในชีวิตนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย กังวล ร้องไห้ แยกตัวออกจากครอบครัวและเพื่อน บางครั้งมีความคิดทำร้ายตนเองและทารก มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคู่สมรส มีปัญหาความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว สูญเสียความสามารถในการทำงาน และการดำรงบทบาทการเป็นมารดา (American Psychological Association,



2015) ในรายที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้ดูแล ทำให้อาการเป็นอยู่นาน เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดื้อต่อการรักษา เกิดภาวะซึมเศร้าเรื้อรังและอาจ กลายเป็นโรคจิตได้ (Logsdon, Tomasulo, Eckert, Beck and Dennis, 2012) ผลกระทบต่อทารกพบว่า มารดาที่ซึมเศร้าหลังคลอดจะยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนเวลาอันควร ทารกที่มีมารดาเป็นโรคซึมเศร้า เมื่อเติบโตขึ้นจะมีลักษณะแยกตัว กระสับกระส่าย รู้สึกไม่ปลอดภัย มีปัญหาด้านพฤติกรรมและ พัฒนาการทางความคิด เซาว์ปัญญา สังคม อารมณ์ และเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตกึ่งวล โรคซึมเศร้า ในวัยรุ่น ในบางรายมีผลต่อเนื่องไปถึงวัยผู้ใหญ่หรือ วัยกลางคน (Logsdon et al., 2012; American Psychological Association, 2015) นับเป็นผลเสีย ต่อสังคมและประเทศชาติเป็นอย่างมาก

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนั้นยังไม่ทราบอย่างแน่ชัด แต่จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่ามีปัจจัยดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางด้านร่างกาย

1.1 พันธุกรรม พบว่า ในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า คนอื่นๆ ในครอบครัวจะมีโอกาสป่วยได้มากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า (อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และ ลัดดา ดำริการเลิศ, 2553) ในมารดาหลังคลอด พันธุกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด โดยพบว่า มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีประวัติสมาชิก ในครอบครัวป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 40-50 (Gabriel, William and Jean, 2012) ซึ่งพันธุกรรม เป็นความเชื่อมโยงของรหัสพันธุกรรมที่ก่อให้เกิดความผิดปกติของสารเคมีในสมองได้แก่ serotonin และ norepinephrine ที่ลดต่ำลง โดยเฉพาะในระยะ หลังคลอด การลดระดับของสารเคมีเหล่านี้จะ กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น (Gabriel, et al., 2012; มาโนช หล่อตระกูล, 2558)

1.2 การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน พบว่า ระยะเวลาในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในช่วง หลังคลอด ได้แก่ estrogen, progesterone, prolactin, luteinizing hormone (LH), follicle stimulating hormone (FHS), cortisone, B-endorphin และ thyroid hormone โดยเฉพาะ ระดับ progesterone และ estrogen ที่เพิ่มขึ้นถึง 10 และ 50 เท่า ขณะตั้งครรภ์ แต่จะลดลงในช่วง หลังคลอดอย่างรวดเร็ว และกลับสู่ระดับปกติภายใน 2 สัปดาห์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วของระดับ ฮอร์โมนเหล่านี้ พบว่าสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอด (Kamonratand Jarurin, 2003; Gabriel et al, 2012)

จะเห็นได้ว่าการที่มารดาหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนที่รวดเร็ว ประกอบกับหากมี พันธุกรรมของโรคภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย จะยิ่งเพิ่ม ความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดให้สูง มากขึ้น

2. ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล

ทัศนคติของมารดาที่มีต่อบุตร ความเครียดจากการ เลี้ยงดูบุตร (Kamonrat and Jarurin, 2003) บุคลิกภาพ ส่วนตัว เช่น คนที่มองโลกในแง่ร้ายอยู่เสมอ คนที่ใช้ วิธีหลีกเลี่ยงปัญหา คนที่เก็บกดอารมณ์ไม่แสดงออก แม้ในสถานการณ์สมควร จะเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิด ภาวะซึมเศร้าได้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มารดา หลังคลอดที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะเกิด ภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่าปกติ (อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และลัดดา ดำริการเลิศ, 2553; กิณี ชัยสวรรค์ และ คณะ, 2554)

3. ปัจจัยด้านสังคม เช่น ความขัดแย้งและ ความไม่พึงพอใจในชีวิตสมรส การประสบปัญหา เศรษฐกิจการเงินในครอบครัว ตกงาน การขาด แหล่งสนับสนุนทางสังคม ปัญหาสัมพันธภาพกับ



บุคคลใกล้ชิด การหย่าร้าง สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความล้มเหลวในชีวิต การคลอดที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง เป็นต้น (อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และลัดดา ดำริการเลิศ, 2553; เนตรชนก แก้วจันทา, 2555; Kamonrat and Jarurin, 2003; Vigod, VillEgas, Dennis, and Ross, 2010; กิณีรัชต์ สวรรค์และคณะ, 2554; American Psychological Association, 2015)

การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนั้น มารดาหลังคลอดต้องมีอาการดังต่อไปนี้ (พงศธร เนตรคม, 2555)

- เศร้า ร้องไห้
- ไม่สนใจ หรือรู้สึกเบื่อหน่ายในการดูแลลูก หรือสิ่งที่ต้องทำเป็นประจำ
- รู้สึกผิดที่ผิดถูก หรือไม่สามารถดูแลลูกได้
- รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า เป็นแม่ที่ไม่มีความสามารถ
- อ่อนเพลียตลอดเวลา
- การนอนเปลี่ยนแปลง อาจง่วงนอนตลอดเวลา หรือนอนไม่หลับ
- เบื่ออาหารหรืออยากอาหารตลอดเวลา
- ไม่มีสมาธิ
- อาจมีความคิดฆ่าตัวตายหรือฆ่าลูกตัวเองได้

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อาจเริ่มมีอาการตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ แต่ส่วนใหญ่จะมีอาการเด่นชัดหลังคลอด 2-3 เดือน มีอาการนานกว่า 2 สัปดาห์ อาการที่มีทำให้ไม่สามารถดูแลทารกได้ ยิ่งถ้าดูแลทารกอยู่ตามลำพัง ไม่มีใครคอยให้คำแนะนำหรือคอยไต่ถามความรู้สึก อาจทำให้ทารกมีอันตรายได้ บางรายที่มีอาการรุนแรง อาจมีความคิดฆ่าตัวตายหรือฆ่าลูกของตนเองได้ (พงศธร เนตรคม, 2555) อย่างไรก็ตาม ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression) จะมีความแตกต่างจากภาวะอารมณ์

เศร้าหลังคลอด (Postpartum blue) โดยภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด จะพบได้บ่อยประมาณ 30-50% ของสตรีหลังคลอด แต่อาการไม่รุนแรง และหายได้เอง ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดรำคาญ ร้องไห้ง่าย มีความวิตกกังวลไปหมดทุกเรื่อง กินไม่ได้นอนไม่หลับ หรือกินมากนอนมากผิดปกติ อาการจะเริ่มเกิดในช่วงหลังคลอดไม่กี่วัน มีอาการมากที่สุดประมาณวันที่ 4-5 และมักหายภายในวันที่ 10 แต่ในรายที่มีอาการอยู่นานเกิน 2 สัปดาห์หลังคลอดแล้วยังไม่หายควรได้รับการตรวจ เพราะอาจเป็นโรคซึมเศร้าซึ่งมีอาการรุนแรงกว่า และต้องการการดูแลรักษาที่จำเพาะเจาะจง (สเปญ อุ๋นองศ์, 2558)

ปัญหาและอุปสรรคในการวินิจฉัยและการดูแล

แม้ว่าจะพบอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มมากขึ้น แต่พบว่ามีการตรวจพบที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 50 (Peindl, Wisner and Hausa, 2004 อ้างในพรพนันท์ จุลพล และชินฤทัย ยี่เขียน, 2558) ดังนั้น เพื่อให้การดูแลมารดาหลังคลอดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลที่ดูแลมารดาหลังคลอดจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในการวินิจฉัยและการรักษา ซึ่งพบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคและไม่ได้รับการรักษาเนื่องจากปัจจัยดังต่อไปนี้ดังนี้

1) *ปัจจัยด้านมารดา* มารดาหลังคลอดหลายคนรู้สึกยากลำบากที่จะเข้าใจในสิ่งที่ตนกำลังเผชิญอยู่ บางรายคิดว่าเป็นเรื่องปกติและเป็นส่วนหนึ่งของบทบาทการเป็นมารดา ส่วนคนที่ตระหนักว่าตนเองกำลังเผชิญกับภาวะซึมเศร้าหลายคนไม่สามารถที่จะพูดคุยความรู้สึกนี้กับคู่สมรส หรือสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือแม้แต่บุคลากรทางด้านสุขภาพ (Amankwaa, 2003) หลายคนกล่าวว่าไม่รู้



จะไปรับความช่วยเหลือได้ที่ไหนและไม่คิดว่าจะรักษาได้ บางรายคิดว่าบุคลากรทางการแพทย์เหมาะที่จะรักษาโรคทางกายมากกว่ารักษาปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ (Parvin, Jones and Hull, 2004) บางคนกลัวว่าจะต้องสูญเสียบุตร กลัวความอับอาย กลัวถูกตราหน้าว่าเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ตัดสินใจไม่รับการช่วยเหลือ (Denis and Chung-Lee, 2006) บางรายมีความไม่สะดวกเรื่องเวลาและการนัดหมาย บางวัฒนธรรมมองว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสัญลักษณ์ของความอ่อนแอภายในตัวบุคคลและไม่ใช่ความเจ็บป่วยที่แท้จริง และในบางแห่งมีชนบะประเพณีที่ผู้หญิงไม่ควรเล่าเรื่องของตนเองให้บุคคลภายนอกรับรู้เกี่ยวกับปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ เพราะจะเป็นสิ่งที่แสดงถึงความล้มเหลวในการดำรงบทบาทสตรีและบทบาทความเป็นแม่

2) ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่าบุคคลในครอบครัวเป็นอุปสรรคหนึ่งในการช่วยเหลือมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าเพราะขาดความรู้ความเข้าใจ ในบางวัฒนธรรมสมาชิกในครอบครัวขัดขวางการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และห้ามการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องราวในครอบครัว เช่น ประเทศในแถบอาหรับ (Denis and Chung-Lee, 2006) และในบางวัฒนธรรม เช่น จีน ไต้หวัน มีประเพณีที่ห้ามไม่ให้หญิงหลังคลอดออกนอกบ้านเป็นระยะเวลา 1 เดือนหลังคลอด ผู้ที่ดูแลหญิงหลังคลอดมักจะเป็นแม่สามีเมื่อมีภาวะซึมเศร้าจึงไม่สามารถออกไปรับความช่วยเหลือจากภายนอกได้แม้แต่บุคลากรทางการแพทย์ (Hehet al., 2004 อ้างใน Bina, 2008) ในขณะที่ชาวเกาหลีใต้มองว่าการมีบุตรและการเลี้ยงดูเป็นหน้าที่สำคัญของครอบครัว ดังนั้น จึงส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวแก้ปัญหาาร่วมกัน รวมทั้งมีการให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าหลังคลอดให้แก่สมาชิกในครอบครัวด้วย (Denis and Chung-Lee, 2006) ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะสามี หรือแม่ ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญใกล้ชิดได้

เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมารดาหลังคลอดร่วมกัน ทั้งการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงอาการ และการดูแลภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้น

3) ปัจจัยด้านแหล่งสนับสนุนในชุมชน ได้แก่ บุคลากรด้านสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ ระบบสังคม/ชุมชน บุคลากรด้านสุขภาพมีบทบาททั้งการส่งเสริมและขัดขวางการรักษา แม้จะมีงานวิจัยพบว่ามารดาหลังคลอดได้รับประโยชน์อย่างมากจากบุคลากรด้านสุขภาพก็ตาม กลับพบว่ามารดาหลังคลอดจำนวนมากที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่ได้รับการช่วยเหลือ ทั้งนี้ อาจเกิดจากการประเมินอาการที่ไม่เหมาะสม การขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Amankwaa, 2003) มีงานวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าบุคลากรมีแนวโน้มที่จะเพิกเฉยต่อภาวะซึมเศร้าและปฏิบัติต่อมารดาเหมือนรายปกติ (Mauthner, 1997; Parvin et al., 2004) มารดาบางคนกล่าวว่าอาการซึมเศร้าของตนได้รับการสนใจเพียงผิวเผินเท่านั้น ทำให้รู้สึกว่าตนไร้คุณค่า ซึ่งมารดาเหล่านี้ต้องการการตอบสนองเฉพาะรายบุคคล ทั้งการอธิบายเกี่ยวกับโรค ภาวะเสี่ยง หรือแหล่งช่วยเหลือเมื่อกลับบ้าน ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่สำคัญที่จะให้ความช่วยเหลือแก่มารดาได้ ส่วนระบบบริการสุขภาพ ระบบสังคม/ชุมชนนั้น บางแห่งยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตใจ เช่น บางชุมชนอาจไม่มีบริการการรักษาด้วยยาต้านเศร้าร่วมกับการให้การปรึกษา หรือสถานบริการบางแห่งอาจมีแต่นักจิตวิทยาคลินิก หรือนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งไม่สามารถจ่ายยาได้ ขณะเดียวกันสถานพยาบาลที่มีแต่แพทย์กับพยาบาล ซึ่งสามารถจ่ายยาและเฝ้าติดตามประเมินอาการได้ แต่อาจไม่สามารถให้การปรึกษาได้ (Logsdon et al., 2012) ดังนั้น การมีข้อมูลเกี่ยวกับระดับหรือขีดความสามารถในการให้บริการของแต่ละชุมชนจึงมีความสำคัญ เพื่อจะได้ส่งต่อมารดาไปยังชุมชนใกล้เคียงที่สามารถให้บริการได้อย่างรวดเร็ว



บทบาทพยาบาลกับการดูแลมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

พยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับมารดาหลังคลอดมากที่สุด ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญทั้งในส่วนของการป้องกันและการดูแลเมื่อมารดามีภาวะซึมเศร้า ซึ่งบทบาทที่สำคัญมีดังนี้

1. การคัดกรอง ควรเริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และไม่ควรจำกัดอยู่แต่ในระยะก่อนหรือหลังคลอด ควรกระทำอย่างต่อเนื่องตลอดทุกช่วงของการมารับบริการ ทั้งนี้ พยาบาลควรมีความสามารถในการเตรียมสตรีและครอบครัวด้านข้อมูลความเสี่ยงและอาการของโรคด้วย โดยการจัดหาสื่อการเรียนรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม เข้าใจง่าย และมีกลไกการติดตามประเมินที่ต่อเนื่อง เช่น การโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้านหลังการคลอดบุตร ทั้งนี้ หากภาวะซึมเศร้าปรากฏอาการภายใน 3 เดือนแรกหลังคลอดอาจเกิดขึ้นซ้ำได้อีกตลอดระยะเวลา 1 ปีหลังคลอด ซึ่งพยาบาลทุกหน่วยที่เกี่ยวข้องในระยะหลังคลอด เช่น หน่วยงานสูติศาสตร์หรือหน่วยทารกแรกเกิด ควรคัดกรองมารดาทุกราย เพราะปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อระยะเวลาการเกิดโรคคือความล่าช้าในการรักษาอย่างเหมาะสมอันเกิดจากการไม่คัดกรองโรคตั้งแต่วัยแรกทำให้มารดาหลังคลอดจำนวนมากต้องกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ อย่างไรก็ตามหากคัดกรองแล้วไม่พบความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในช่วงเดือนแรกๆ หลังคลอดก็อาจปรากฏอาการในภายหลังได้ ดังนั้น การให้ความสำคัญกับการคัดกรองที่เหมาะสมและให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจึงเป็นสิ่งควรกระทำ เพราะภาวะซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาอาจนำไปสู่ภาวะโรคจิตหลังคลอดได้ (Logsdon et al., 2012)

2. การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องในการรักษา ในกรณีได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าซึ่งการรักษาภาวะซึมเศร้าที่ดีที่สุด คือ การรักษา

ทางการแพทย์ร่วมกับการรักษาทางจิตใจ (อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และลัดดา ดำริการเลิศ, 2553) ในมารดาหลังคลอดแพทย์จะให้การรักษามือถือกับภาวะซึมเศร้าทั่วไป (สเปญ อุ่นอนงค์, 2558) โดยให้ยาต้านเศร้าในขนาดที่เพียงพอ เช่น fluoxetine 20-40 มิลลิกรัม/วัน amitriptyline 50-250 มิลลิกรัม/วัน โดยให้ยาต่อเนื่องไปนาน 6 เดือน ในระหว่างให้ยาผู้ป่วยสามารถให้นมบุตรได้แม้ว่าร่างกายจะขับยาออกทางน้ำนมก็ตาม เพราะได้มีการศึกษาแล้วพบว่าไม่มีอันตรายกับทารกแรกเกิด แต่ผลข้างเคียงจากยาจะทำให้ง่วงนอน ในรายที่มีความคิดฆ่าตัวตายอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) จะได้ผลดีและรวดเร็วกว่า เพราะยาด้านเศร้าต้องใช้เวลอย่างน้อย 2 สัปดาห์ จึงจะออกฤทธิ์ ขณะเดียวกันในรายที่อาการรุนแรงหรือเป็นโรคจิตหลังคลอด การรักษาอาจต้องใช้ยาควบคุมอารมณ์ เช่น lithium carbonate หรือ carbamazepine ซึ่งผู้ป่วยควรงดให้นมบุตรเพราะปริมาณลิเทียมที่ถูกขับออกทางน้ำนมมีความเข้มข้นค่อนข้างสูงและไม่ปลอดภัยกับทารก ซึ่งยาด้านเศร้าเหล่านี้ต้องรับประทานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้หรือข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับพยาธิสภาพของภาวะซึมเศร้า แผนการรักษา แผนการพยาบาล วิธีจัดการกับอาการข้างเคียงของยา (พจนนา เปลี่ยนเกิด, 2557) รวมทั้งคำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนม แม้ขณะรับประทานยาด้านเศร้าก็เป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาด้านเศร้าเพื่อที่จะให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่มารดาเพื่อความปลอดภัยทั้งต่อมารดาและทารก การรักษาภาวะซึมเศร้าไม่ควรคาดหวังว่าจะเห็นผลทันทีทันใด หลังจากอาการหายดีแล้วยังคงต้องรับประทานยาต่อไปอีกระยะหนึ่งเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค



โดยทั่วไปต้องรับประทานต่อเนื่องเป็นเวลาประมาณ 6 เดือน ถึง 1 ปี แล้วแพทย์จะค่อยๆ ลดยาลงเรื่อยๆ จนหยุดยาได้ ดังนั้น เมื่อมารดาารู้สึกอาการดีขึ้นจึงไม่ควรหยุดยาเอง เพราะจะทำให้อาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำได้และการหยุดยาทันทีอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ ดังนั้น พยาบาลควรแนะนำให้มารดารับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด

3. การดูแลด้านจิตสังคม ได้แก่ การให้การปรึกษา ซึ่งเป็นลักษณะการช่วยเหลือที่มุ่งเน้นให้มารดาเรียนรู้และเข้าใจปัญหาที่แท้จริงของตนเอง และหาแนวทางแก้ไขอย่างเหมาะสม (อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และลัดดา ดำริการเลิศ, 2553) พยาบาลต้องใช้ทักษะพื้นฐานที่ถูกต้องเพื่อช่วยให้การติดตามประเด็นปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการให้การปรึกษาได้แก่

ทักษะการสังเกต เมื่อมารดามีปัญหามากกว่าจะแสดงออกด้วยการพูดคุยถึงเรื่องทุกข์ใจแล้วอาจแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง ซึ่งการสังเกตจะช่วยทำให้เข้าใจว่ามารดากำลังเศร้า ดีใจ ผิดหวัง ท้อแท้ ฯลฯ (Beck, 2008)

ทักษะการฟัง เป็นหัวใจสำคัญของการทำให้เข้าใจเรื่องที่เป็นปัญหาหรือความทุกข์ใจ การฟังที่ดีต้องตั้งใจฟัง จดจ่อเรื่องที่ฟัง ฟังให้ตลอดเรื่องราว ไม่ขัดหรือเปลี่ยนเรื่อง ฟังให้เข้าใจ และสังเกตอารมณ์ความรู้สึกที่แสดงออกของมารดา มีการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอดจะรู้สึกว่าการได้พูดระบายความรู้สึกสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดลงได้ (Denis and Chung-Lee, 2006) และจากการศึกษาของ Kari และคณะ พบว่าการให้คำปรึกษาโดยใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจ ช่วยให้เข้าใจสิ่งที่มารดาต้องการสื่อสาร และมีผลกับการลดภาวะซึมเศร้าลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kari, Lars, Ragnhild and Bodil, 2010)

ทักษะการถาม การถามที่เหมาะสมจะช่วยทำให้เรื่องที่เป็นปัญหาหรือสับสนมีความชัดเจนขึ้น ซึ่งการถามมี 2 แบบ คือคำถามปลายเปิด เป็นการถามเพื่อให้ได้เรื่องราวที่กระจ่างชัดเจนมากขึ้น โดยให้ผู้ตอบขยายความและมีอิสระในการตอบคำถามประเภทนี้เช่น “เพราะอะไร” “อย่างไร” กับคำถามปลายปิดเพื่อตรวจสอบความเข้าใจว่าถูกต้องหรือไม่ หรือถามถึงการตัดสินใจ คำถามประเภทนี้ได้แก่ “ใช่หรือไม่” “ตกลงจะทำหรือไม่ทำ” เป็นต้น ซึ่งการศึกษาของ Kari et al (2010) พบว่า การให้คำปรึกษาโดยใช้เทคนิคการถาม เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ ในกรณีที่ไม่มั่นใจคำตอบของมารดา จะช่วยให้เกิดความเข้าใจในปัญหาและสิ่งที่มารดาต้องการสื่อสารได้ถูกต้องยิ่งขึ้น

ทั้งนี้ AWHONN (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurse อ้างใน Beck, 2008) ได้ระบุลักษณะของพยาบาลที่มีบทบาทในการดูแลมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดไว้ดังนี้

1. มีความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติทางอารมณ์และความวิตกกังวล สามารถแยกความแตกต่างจากความผิดปกติทางจิตใจอื่นๆ ในระยะหลังคลอดได้
2. มีความรอบรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางอารมณ์และความวิตกกังวลในระยะหลังคลอดได้ เช่น ภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร ความเครียดในชีวิต การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลก่อนคลอด ความไม่พึงพอใจในชีวิตสมรส ประวัติโรคซึมเศร้า ทารกมีลักษณะเลี้ยงยาก ขาดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปัญหาทางเศรษฐกิจ การตั้งครรถ์ที่ไม่ได้วางแผน/ตั้งครรถ์ไม่พึงประสงค์ แม่เลี้ยงเดี่ยว คลอดก่อนกำหนด หรือคลอดลูกแฝด เป็นต้น
3. ตระหนักถึงอาการ ความผิดปกติทางอารมณ์และความวิตกกังวลตั้งแต่ระดับอารมณ์เศร้า



หลังคลอด (Baby blue) ไปจนถึงภาวะโรคจิตหลังคลอด (Postpartum psychosis) ว่ามีความหลากหลาย และมีผลกระทบต่างกัน

4. มีความรู้ในการคัดกรองโรค ที่จะช่วยแยกแยะสตรีที่มีความเสี่ยงในการเกิดความผิดปกติทางอารมณ์และความวิตกกังวลหลังคลอด ทำให้เกิดความรวดเร็วและวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง

5. มีความรู้ในกระบวนการ หรือขั้นตอนในการรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์และความวิตกกังวลหลังคลอด

6. ส่งเสริม สนับสนุน และให้กำลังใจมารดา ในการรับฟังคำพูดในทางลบที่อาจพบทั้งในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด

7. สามารถจัดหาระบบสนับสนุนช่วยเหลือมารดาหลังคลอดและครอบครัว ทั้งทรัพยากร วัสดุ สิ่งของต่างๆ ตามความจำเป็น แหล่งให้ความรู้ต่างๆ ที่เชื่อถือได้ มีการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอดบางรายชอบที่จะแสวงหาความรู้จากเว็บไซต์มากกว่า คู่มือหรือเอกสารต่างๆ และพบว่าเว็บไซต์เพียงร้อยละ 14.7 ที่ให้ความรู้ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Summer and Logsdon, 2005) ดังนั้น พยาบาลจึงควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับเว็บไซต์ที่น่าเชื่อถือและมีความถูกต้องด้านเนื้อหาสาระให้แก่มารดาได้

8. มีไหวพริบ เฉลียวฉลาดในการสังเกต มีความสามารถในการหยั่งรู้/เข้าใจ จนเกิดความตระหนักในสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับมารดา

4. การส่งต่อ โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1) ส่งต่อเมื่อมีภาวะซึมเศร้า ภายหลังการคัดกรองโรค และพบว่า มารดาหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้า พยาบาลควรให้การช่วยเหลือเบื้องต้น เช่น การให้การปรึกษา และควรส่งต่อให้แพทย์ผู้ดูแล และทีมสุขภาพได้วินิจฉัยและให้การรักษาอย่างรวดเร็ว รวมทั้งส่งต่อข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การซักประวัติ และการให้การปรึกษาให้แก่แพทย์อย่าง

ครบถ้วนเพื่อจะได้รับการรักษาที่เหมาะสมและรวดเร็ว หากพบว่าอาการไม่ดีขึ้น หรือเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง ควรส่งต่อให้จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่อไป

2) ส่งต่อกลับสู่ชุมชนในกรณีที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ควรมีการส่งต่อข้อมูลอย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้มารดาหลังคลอดได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือเริ่มการรักษาที่ใหม่อย่างถูกต้อง และฟื้นฟูสภาพได้เร็ว การให้ข้อมูลและความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวในการดูแลมารดาหลังคลอด การช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตร การรับประทานยาต้านเศร้าอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ พยาบาลต้องมีความสามารถในการจัดหาแหล่งบริการเพิ่มเติมในกรณีไม่สามารถกลับมาใช้บริการที่เดิมได้ โดยมีข้อมูลเกี่ยวกับระดับหรือขีดความสามารถในการให้บริการของแต่ละชุมชน รวมทั้งมีระบบติดตามการรักษา เช่น ระบบการนัดหมาย การโทรศัพท์ติดตามการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น (Logsdon et al., 2012)

สรุปและข้อเสนอแนะ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นภาวะที่พบได้บ่อยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของมารดาทารกและครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่มักไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษา พยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับมารดาหลังคลอดมากที่สุด จึงควรตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว โดยเริ่มตั้งแต่การคัดกรองโรคอย่างถูกต้องรวดเร็ว และต่อเนื่องตลอดทุกช่วงของการมารับบริการในมารดาทุกรายแม้ไม่มีความเสี่ยงก็ตาม ให้การพยาบาลและส่งต่ออย่างเหมาะสมเมื่อมารดาได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้า ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเป็นอย่างดี มีไหวพริบและช่างสังเกต รวมทั้งตระหนักถึงปัญหาและอุปสรรคของมารดาหลังคลอดแต่ละคนว่ามีบริบทชีวิตที่แตกต่างกัน รวมทั้งการทำให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา



ทั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายในการจัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งจะช่วยให้

มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการวินิจฉัยและช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้เป็นปกติและดำรงบทบาทการเป็นมารดาอย่างมีความสุข

.....

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข. (2553). พบแม่มีมือใหม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าปีละ 2 แสนคน. Retrieved วันที่ 18 เมษายน 2558 จาก : <http://www.mcot.net/cfcustom/cache-page/89358.html>.
- กินรี ชัยสวรรค์, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และนพพร ว่องศิริมาศ. (2554). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดวัยรุ่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(4), 61-69.
- ทรงพนันท์ จุลพูล และชื่นฤทัย ยี่เขียน. (2558). การศึกษาภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 26(1), 64-74.
- เนตรชนก แก้วจันทา. (2555). ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์: ปัจจัย ผลกระทบ และการป้องกัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(1), 83-90.
- พงศธร เนตราคม. (2550). กลุ่มโรคทางจิตใจหลังคลอด. *วิจัยยุทธศาสตร์*, 37, 1.
- พจนา เป็ลยเกิด. (2557). โรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษา. *วารสารพยาบาลทหารบก*. (15)1, 18-21.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2558). *โรคซึมเศร้า*. Retrieved 15 เมษายน 2558 จาก <http://www.dmh.go.th/depression/depress 6.asp>
- สเปญ อุ๋นอองค์. (2558). *โรคอารมณ์แปรปรวนหลังคลอด*. Retrieved วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2558 จาก <http://www.ramamenthal.com/medical student/generalpsyc/postpartummoooddisorders/>

ลินาพร วิทยาวณิชชัย. (2553). *ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในมารดาที่ให้นมทารก*. ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และลัดดา ดำริการเลิศ. (2553). *การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิงจำกัด.

ภาษาอังกฤษ

- Amankwaa, L.C. (2003). Postpartum depression among African-American women. *Issue in Mental Health Nursing*, 24, 297-316.
- American Psychological Association. (2015). *Postpartum depression*. Retrieved 17 May, 2015 from: <http://www.apa.org/pi/women/depression/postpartum.aspx>.
- Beck, C.T. (2008). *AWHONN Symposium: Postpartum mood and anxiety disorder: Case study, research and nursing care*. Washington, D.C.
- Bina, R. (2008). The impact of cultural factor upon postpartum depression: A literature review. *Health Care for Women International*, 29(6), 256-592.
- Denis, C. L., & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences:



- A qualitative systematic review. *Birth*, 33, 323-331.
- Gabriel, D.S., William, D.F., & Jean, R.S. (2012). Emerging risk factors for postpartum depression: Serotonin transporter genotype and omega-3 fatty acid status. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(11), 704-712.
- Kamonrat Watcharaporn & Jarurin Pitanupong. (2003). Postpartum depression. *Journal of Mental Health of Thailand*, 11(2), 112-120.
- Kari, G., Lars, S., Ragnhild, S., & Bodil, E. (2010). Supportive counseling by public health nurse for women with postpartum depression, *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1317-1327.
- Logsdon, M.C., Wisner, K.L., & Hanusa, B.H. (2009). Does maternal role functioning improve in women with postpartum depression after antidepressant treatment? *Journal of Women's Health*, 18, 85-90.
- Logsdon, M.C., Tomasulo, R., Eckert, D., Beck, C., & Dennis, C.L. (2012). Identification of mothers at risk for postpartum depression hospital-based perinatal nurses. *The American Journal of Maternal /Child Nursing*, 3, 218-225.
- Mauthner, N.S. (1997). Postnatal depression: How can midwives help? *Midwifery*, 13, 163-171.
- Parvin, A., Jones, C.E., & Hull, S. A. (2004). Experiences and understandings of social and emotional distress in the postnatal period among Bangladeshi women living in Tower Hamlets. *Family Practice*, 21, 254-260.
- Summer, A.L., & Logsdon, M.C. (2005). Postpartum depression: Convenient, frustrating, incomplete, and missing. *The American Journal of Maternal Child/ Nursing*, 30, 88-94.
- Vigod, S.N., VillEgas, L., Dennis, C.L. & Ross, L.E. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infant: A systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 11, 540-550.