

บทบาทพยาบาลกับการดูแลแบบองค์รวมในหญิงหลังคลอด ที่มีภาวะซึมเศร้า

Nurse's Role in Holistic Caring for Maternal with Postpartum Depression

แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์^{*1} สายสมร เฉลยภักดี² ชัชวาล วงศ์สารี³

Kaewtawan Sirilukkananan¹, Saisamorn Chaleoykitti², Chutchavarn Wongsaree³

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ สาทร กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10120

¹ Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok, Thailand 10120

² วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ราชเทวี กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

² The Royal Thai Army Nursing College, Ratchathewee, Bangkok, Thailand 10400

³ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ดุสิต กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10300

³ College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University, Dusit, Bangkok, Thailand 10300

บทคัดย่อ

สถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทยพบว่าความชุกของหญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นต่อเนื่อง เพราะหญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีความสัมพันธ์กับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นวัยรุ่นซึ่งเป็นปัญหาระดับชาติ เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดแล้วหากได้รับการดูแลรักษาที่ทัน่วงทีก็จะสามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ แต่หากเกิดความล่าช้าในการรักษาพยาบาลหญิงหลังคลอดกลุ่มนี้อาจกลายเป็นโรคซึมเศร้านำมาสู่การฆ่าตัวตายหรือกลายเป็นโรคทางจิตตามมาได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยสนับสนุนให้เกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดมีหลายปัจจัย พยาบาลเป็นผู้ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญทางทักษะที่นำมาใช้ลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดได้ โดยการประยุกต์ใช้บทบาท 4 มิติ ได้แก่ การป้องกันสุขภาพ การช่วยแพทย์ทำการรักษาสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ ดังนั้นบทความนี้จึงมุ่งอธิบายภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดกับการใช้บทบาท 4 มิติของพยาบาลในการดูแลหญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเชื่อมโยงให้เห็นความเป็นองค์รวมของการดูแลจากพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ จิตวิญญาณทางสังคม เพื่อให้พยาบาลที่เกี่ยวข้องได้ทำความเข้าใจและนำไปประยุกต์ใช้ดูแลหญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าตามบริบทที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : บทบาทพยาบาล การดูแลแบบองค์รวม ภาวะซึมเศร้า หญิงหลังคลอด

Abstract

Current situation of Thailand has finding the prevalence rate of Maternal with postpartum depression will be ongoing because the maternal with postpartum depression are related with teen age pregnant which is a national problem in Thailand. During postpartum depression, if promptly treated, it can return to normal. If there is a delay in medical treatment, the women may become depressed disorder and lead to suicide or mental illness. The literature review finding there are also many factors supporting this condition of postpartum depression. The Nurses are knowledgeable and skill-based professionals who reduce the incidence rate of postpartum depression in maternal. The application of 4 nurses' role are; health prevention, helping the

doctor Keep Healthy for maternal, Health promotion and rehabilitation. Therefore, this article focuses explain on postpartum depression in maternal caring by nurses' role, holistic caring to their maternal. For nurses to understanding and to applying to caring their maternal with appropriate contextual.

Keyword : nurse's role, holistic care, postpartum depression, maternal

บทนำ

ปัญหาทางสุขภาพจิตในหญิงหลังคลอดของประเทศไทยพบได้ร้อยละ 18.8-38.2^{3,8} โดยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression: PPD) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์อีกรูปแบบหนึ่งที่ยังเกิดขึ้นทั่วโลกและพบความชุกถึงร้อยละ 13 – 19^{2,8} จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของปรินโดนีเซียและประเทศไทยพบความชุกที่ใกล้เคียงกัน กล่าวคือในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนามีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงขึ้นอาจมากกว่าร้อยละ 10- 20^{3,8} สอดคล้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในประเทศไทยที่พบว่าหญิงหลังคลอดในช่วงอายุปกติ (ช่วงอายุมากกว่า 17 ถึง 35 ปี) จะพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ร้อยละ 9.8 – 18.4^{1,4,5} แต่ในหญิงหลังคลอดที่เป็นวัยรุ่นที่สืบเนื่องจากการเกิดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรจะพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ถึงร้อยละ 25.9⁶ ซึ่งประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นวัยรุ่นสูงขึ้นต่อเนื่องทำให้พบการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดบุตรสูงตามไปด้วย ประเด็นสำคัญของหญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าคือหากคนในครอบครัวไม่สามารถสังเกตอาการได้ทันท่วงทีจะนำมาสู่การดูแลรักษาล่าช้าจนอาจกลายเป็นโรคซึมเศร้าและหากอาการรุนแรงขึ้นอาจนำมาสู่การฆ่าตัวตายหรือกลายเป็นโรคทางจิตตามมาได้

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นกลุ่มความผิดปกติทางด้านจิตใจ อารมณ์และมีการรับรู้ลดลง ภายหลังคลอดบุตรแต่ไม่ใช่โรคทางจิตเวช (Psychosis) มักเกิดขึ้นภายใน 4 สัปดาห์หลังคลอดและมีอาการติดต่อกันนานกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งต่างจากภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum blue) ที่เป็นอารมณ์แปรปรวนชั่วคราวที่เกิดขึ้นหลังคลอดบุตรพบบ่อยในช่วง 2-3 วันแรกและจะหายไปเอง อาการจะเกิดไม่เกิน 2 สัปดาห์ 7 สำหรับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ที่แสดงออกทางกายอย่างเห็นได้ชัดเจน เช่น การรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นลดลง ซึมคู่อ่อนเพลียตลอดเวลา เชื่องช้า ไม่มีสมาธิ ร้องไห้แบบไม่มีเหตุผล เพิกเฉยต่อการเลี้ยงดูบุตร^{8,9}

ผลกระทบที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มหญิงหลังคลอดคือ มารดาในกลุ่มนี้จะไม่พยายามปกป้องอันตรายที่เกิดขึ้นกับบุตร จะทอดทิ้งบุตรด้วยการมีทัศนคติเชิงลบที่เกิดขึ้นกับบุตร¹⁰ ดังนั้นบทความนี้จึงมุ่งอธิบายภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดกับการใช้บทบาท 4 มิติของพยาบาลในการดูแลหญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเชื่อมโยงให้เห็นความเป็นองค์รวมของการดูแลจากพยาบาลทั้งทางด้าน ร่างกาย อารมณ์และจิตใจ จิตวิญญาณทางสังคม บทความนี้จึงมุ่งเสนอ

สาเหตุและปัจจัยสนับสนุนของภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด อาการแสดงและอาการ การวินิจฉัย การรักษา และบทบาทพยาบาลกับการดูแลแบบองค์รวมในหญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้พยาบาลที่เกี่ยวข้องได้อ่านทำความเข้าใจและนำไปประยุกต์สู่การดูแลหญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าตามบริบทที่เหมาะสมต่อไป

ภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่สามารถหาข้อสรุปที่ชัดเจนได้ ว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าของหญิงหลังคลอดเกิดจากสาเหตุใด แต่พบสาเหตุที่เป็นปัจจัยสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของหญิงหลังคลอดแบ่งออกเป็น 4 ปัจจัย^{1,3,8,11} ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ร่างกายเหนื่อยอ่อนเพลียจากการคลอดมากเกินไป รวมถึงหญิงที่ตั้งครรภ์ตอนอายุน้อยกว่า 17 ปี ที่มีสภาพร่างกายไม่พร้อมกับการตั้งครรภ์และการคลอด การที่ฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงอย่างรวดเร็วภายหลังการคลอดทำให้ระดับของฮอร์โมนซีโรโทนินลดต่ำลงด้วย ส่งผลให้เกิดการเบื่อหน่ายอันมีผลต่อสารสื่อประสาทอื่น เช่น กลุ่มแคเทโคลามีน (catecholamines) โดยเฉพาะนอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) ซึ่งเป็นสารที่กระตุ้นให้ระบบประสาทตื่นตัวลดลงตามไปด้วย หญิงหลังคลอดกลุ่มนี้จึงมีอาการเฉื่อยชาตามมาได้ การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด เช่น การสูญเสียเลือดปริมาณมาก การบาดเจ็บจากแผลฝีเย็บระหว่างการคลอด ปัจจัยเหล่านี้ จะกระทบทั้งร่างกายและจิตใจอันของหญิงกลุ่มนี้

2) ปัจจัยทางอารมณ์และจิตใจ เป็นการปรับตัวทางจิตใจต่อการตั้งครรภ์ การคลอดและการดูแลตนเองหลังคลอด ได้แก่ ความเครียดและความวิตกกังวลระหว่างตั้งครรภ์ ความรู้สึกไม่มีความสุขในตนเอง การมีวิสัยของความคิดทางด้านลบต่อการมองโลก เป็นต้น 3) จิตวิญญาณทางสังคม ได้แก่ การเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อเกิดภาวะเครียดในการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม การมีสัมพันธภาพเชิงลบกับสามี การเจ็บป่วยของทารก การมีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่ค่อยดี การตั้งครรภ์ที่มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไปและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ไม่เพียงพอ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนสนับสนุนให้เกิดภาวะซึมเศร้าของหญิงหลังคลอดได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าอนุปริญญา เคยมีประวัติการแท้งและกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกจะเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าของหญิงหลังคลอดได้เพิ่มมากขึ้น¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดในประเทศอินโดนีเซีย³ ที่พบว่า ปัจจัยด้านความเครียดในชีวิตประจำวัน การเจ็บป่วยของบุตรในครรภ์และการไม่ยอมรับการตั้งครรภ์เป็นสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอด⁹ พบว่าหญิงหลังคลอดประเทศไทยมีความ ชุกของภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 18.8 และพบว่า ภาวะวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ และการขาดแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดสูงสุด

อาการแสดงและอาการ

อาการแสดงและอาการของหญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าที่พบบ่อย^{1,8,10,11,16} ได้แก่ อารมณ์หดหู่แบบต่อเนื่องที่แฝงด้วยความรู้สึกมีความสุขกับการเห็นหน้าบุตร ขณะเดียวกันก็มีอารมณ์โกรธ มีอารมณ์หงุดหงิดกับบุตรและสิ่งกระตุ้นรอบข้าง ปวดศีรษะและร้องไห้อยู่เนืองๆ ไม่สนใจตนเอง และไม่ยอมดูแลบุตร มีอาการนอนไม่ค่อยหลับแต่ถ้านอนก็จะหลับมากกว่าปกติ รับประทานอาหารได้น้อยอ่อนเพลียจากพลังงานไม่เพียงพอ ลดความรู้สึกต่อการสนใจสิ่งแวดล้อมและไม่ชอบกิจกรรมที่สนุกสนาน หากมีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้หงุดหงิดหรือโกรธ เช่น เสียงร้องไห้ของทารก จะรู้สึกหงุดหงิดและโกรธอย่างรุนแรงจนทำร้ายทารกนั้นได้ จะรู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง ด้านการดำเนินชีวิตหลังคลอดบุตรจะพบว่ามีการคิด การคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

เกิดความผิดพลาดได้บ่อยในงานที่เคยปฏิบัติ มีพฤติกรรมร้อนรนไม่นิ่งในสมาธิ เมื่อมีสิ่งกระตุ้นจะตระหนกตกใจได้ง่าย โดยอาการแสดงและอาการเหล่านี้จะพบได้ใน 2 – 6 สัปดาห์หลังคลอดบุตร ซึ่งบางรายอาจมีความคิดที่จะทำร้ายตนเองและทำร้ายบุตร บางรายที่เคยผ่านการฆ่าตัวตายไม่สำเร็จมาแล้วอาจคิดฆ่าตัวตายซ้ำได้

การวินิจฉัย

สมาคมจิตเวชศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association) ได้จัดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอยู่ในกลุ่มโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ดังนั้นรูปแบบการวินิจฉัยจึงใช้เกณฑ์ตามหลัก DSM-V12 ซึ่งจากการทบทวนการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของประเทศไทยก็ใช้เกณฑ์เดียวกันนี้¹⁸ กล่าวคือ ต้องมีอาการรวม 5 ข้อ แต่ต้องพบมีอาการตามข้อ 1 และ/หรือข้อ 2 ประกอบกับข้ออื่นด้วยจนครบ 5 ข้อ อาการที่เกิดขึ้นต้องเกิดต่อเนื่องมากกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งตรวจแยกโรคแล้วต้องไม่มีหรือไม่เคยมีโรคแมนเนีย (mania) หรือไฮโปแมนเนีย (hypomania) ซึ่งอาการที่ตรวจพบต้องไม่เกิดจากโรคทางกายและไม่เกิดจากการใช้สารเสพติด อาการที่ต้องพิจารณามีดังนี้ (1) มีอารมณ์ซึมเศร้า หดหู่เกือบทั้งวัน (2) ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในสิ่งต่างๆ ลดลง (3) เบื่ออาหาร น้ำหนักลดหรือกินจุกว่าปกติ น้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 5 ใน 1 เดือน (4) นอนไม่หลับหรือหลับมากกว่าปกติ (5) มีปัญหาด้านการตัดสินใจ ผิดพลาดหรือช้ากว่าปกติ (6) อ่อนเพลียไม่มีแรง (7) รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง รู้สึกผิดแบบไม่มีเหตุผล (8) สมาธิลดลง มีความลังเลใจบ่อย และ (10) คิดเรื่องฆ่าตัวตายหรือเคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

การรักษา

การรักษาหญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 2 วิธี แต่ละวิธีย่อยที่มีรายละเอียดแตกต่างกัน รายละเอียดสังเขป^{11,12,14} ดังนี้

1) การรักษาแบบไม่ใช้ยา ประกอบด้วย การปรับการบวนการคิด โดยมุ่งให้หญิงหลังคลอดปรับเปลี่ยนมุมมองทางด้านลบเป็นด้านบวก ตัวอย่างเช่น ให้คิดถึงกิจกรรมที่ทำแล้วเกิดความรู้สึกภูมิใจมากที่สุด โดยให้เล่าออกมาหรือให้เขียนถ่ายทอดความรู้สึก หรือให้ปฏิบัติกิจกรรมระยะสั้นที่สำเร็จผลโดยง่าย เพื่อสร้างกระบวนการรับรู้ถึงความภาคภูมิใจในตนเอง การชี้แนะให้หญิงหลังคลอดเห็นความเป็นจริงในตนเองเน้นให้ทราบ

ถึงสิ่งที่มีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมตนเอง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เช่น การแก้ไขความขัดแย้งในใจที่เกิดขึ้นกับหญิงหลังคลอด การช่วยแก้ไขสัมพันธภาพด้านลบกับสิ่งต่างๆ เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹⁸ โดยองค์ความรู้ที่ได้แก่ การรู้จักโรคซึมเศร้า การส่งเสริมการมองโลกในแง่บวก การคิดที่ไม่เครียด การสื่อสารให้เข้าใจกัน และการป้องกันตนเองไม่ให้เป็นโรคซึมเศร้าซ้ำและติดตามผลต่อเนื่องในช่วง 3 เดือน พบว่า คะแนนด้านการรู้คิดและด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาจะสูงขึ้น ส่วนคะแนนระดับความซึมเศร้าจะลดลง

2) การรักษาด้วยยาต้านภาวะซึมเศร้า เป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับซีโรโทนินให้สูงขึ้น ยามีหลายกลุ่ม การเลือกใช้ยาขึ้นอยู่กับแผนการรักษาของแพทย์ ตัวอย่างกลุ่มยาได้แก่ กลุ่ม

SNRIs, NDRIs และ กลุ่ม TCAs อาการของหญิงหลังคลอดจะดีขึ้นหลังรับประทานยาต่อเนื่องกันตั้งแต่ 1 – 6 สัปดาห์

บทบาทพยาบาลกับการดูแลแบบองค์รวมในหญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า

ความสำคัญกับการดูแลตามปัจจัยที่เป็นสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดแบบองค์รวมตามปัจเจกบุคคลให้ด้วยบทบาท 4 มิติของพยาบาล ดังนี้

1. บทบาทในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด แบ่งออกเป็น 3 ระดับ อธิบายเนื้อหากิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด^{1,8,11} พร้อมแสดงบทบาทในการช่วยแพทย์กระทำการรักษาโรคไปพร้อมกัน ดังนี้

ระดับการป้องกัน	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
ระดับปฐมภูมิ (Primary prevention)	ก่อนเกิดภาวะซึมเศร้า - สนับสนุนความรู้และส่งเสริมภาวะโภชนาการให้เพียงพอตามเกณฑ์มาตรฐานของหญิงตั้งครรภ์ - ให้ความรู้ ชี้แนะวิธีการบริหารอารมณ์จิตใจ ระหว่างการตั้งครรภ์ และหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง - ส่งเสริมการปรับตัว การชี้แนะส่งต่อให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามความเหมาะสม - จัดกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นอารมณ์ ความรู้สึกที่ก่อเกิดแรงจูงใจเชิงบวกให้หญิงตั้งครรภ์ได้เห็นคุณค่าในตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น จัดโครงการโรงเรียนพ่อแม่ เพื่อฝึกทักษะความเป็นพ่อแม่ อันจะช่วยลดความวิตกกังวลในบทบาทการเป็นบิดาและมารดา เป็นการสร้างสายใยรักแห่งครอบครัวด้วย - แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามนัดและให้เป็นไปตามเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ	ป้องกันหญิงตั้งครรภ์/ ป้องกันหญิงตั้งครรภ์/ หญิงหลังคลอดที่เป็น กลุ่มเสี่ยงไม่ให้เกิดภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอด

ระดับการป้องกัน	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
	6. ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีฐานะยากจน พยาบาลต้องชี้แนะเรื่องสิทธิในการฝากครรภ์ การคลอดที่เหมาะสมตามสิทธิการรักษาหลัก 7. ดูแลระยะคลอดให้เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด เพื่อลดปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เช่น ทำให้ฟื้นตัวจากการเหนื่อยอ่อนเพลียจากการคลอดให้เร็วที่สุดด้วยการให้สารน้ำสารอาหารที่เพียงพอ ลดการสูญเสียเลือดปริมาณมาก ลดการบาดเจ็บจากแผลฝีเย็บระหว่างการคลอด เป็นต้น 8. กรณีผู้ป่วยมาตรวจตามนัดพยาบาลต้องคัดกรองหลังคลอดด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าทุกราย หากประเมินพบควรส่งต่อพบแพทย์เพื่อพิจารณาแผนการรักษา 9. กรณีออกเยี่ยมบ้านเมื่อต้องเยี่ยมหญิงหลังคลอดพยาบาลควรประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าร่วมกับการให้บริการสุขภาพด้านอื่นเสมอ หากพบความผิดปกติต้องประสานงานกับแพทย์เพื่อการรักษาต่อ 10. ดูแลจัดให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาพร้อมวิธีการสังเกตผลข้างเคียงจากยา 11. ให้หญิงหลังคลอดคิดถึงกิจกรรมที่ทำแล้วเกิดความรู้สึกภูมิใจมากที่สุด โดยให้เล่าออกมาหรือให้เขียนถ่ายทอดความรู้สึก หรือให้ปฏิบัติกิจกรรมระยะสั้นที่สำเร็จผลโดยง่ายเพื่อสร้างกระบวนการรับรู้ถึงความภาคภูมิใจในตนเอง การชี้แนะให้หญิงหลังคลอดเห็นความเป็นจริงในตนเองเน้นให้ทราบถึงสิ่งที่มีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมตนเอง 12. ประเมินภาวะเสี่ยง ปัจจัยสัมพันธ์ที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เช่น สัมพันธภาพระหว่างสามีแรงสนับสนุนทางสังคม แหล่งประโยชน์ต่างๆ หากประเมินพบ ให้การแก้ไขตามสาเหตุ 13. ให้การดูแลใกล้ชิด ป้องกันการเกิดอันตรายทุกรูปแบบ รวมถึงการทำร้ายตนเองของหญิงหลังคลอด 14. สอน สาธิตและแนะนำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลทารกในระหว่างหญิงหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้า	

ระดับการป้องกัน	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
ระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention)	รักษาอาการดีขึ้นแล้ว/ก่อนกลับบ้าน 15. เมื่อรักษาอาการซึมเศร้าดีขึ้น พยาบาลต้องแนะนำในเรื่อง การดูแลร่างกาย การจัดการและการบริหารอารมณ์ จิตใจ การเลือกใช้แหล่งประโยชน์ทางสังคมที่อยู่ใกล้ที่สุดและเข้าถึงง่าย การเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลหญิงหลังคลอดและทารกอย่างต่อเนื่อง รวมถึงคำแนะนำในการรับประทานยา การสังเกตอาการที่บ่งชี้ถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นได้อีกและการกลับมาตรวจตามนัด 16. จัดกิจกรรมโครงการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ความมีคุณค่าในตนเองในชุมชนให้กับกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง	หญิงหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า ไม่กลับมามีอาการซึมเศร้าอีก

2. บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูภาวะสุขภาพหญิงที่เคยเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในรายที่เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นแล้วแม้การรักษาจะทำให้อาการดีขึ้นแต่หากปัจจัยส่งเสริมยังกระตุ้นหญิงหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง เช่น สัมพันธภาพเชิงลบที่เกิดขึ้นในครอบครัว เศรษฐฐานะที่ไม่อำนวยต่อการเลี้ยงดูทารก การเจ็บป่วยแบบเรื้อรังของทารก และการขาดความรู้ ขาดทักษะในการดูแลทารก ขาดการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ก็จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดแบบเรื้อรังได้ พยาบาลสามารถช่วยเหลือได้¹⁸ ดังนี้

2.1 ประสานงานกับหน่วยเยี่ยมบ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำเขตพื้นที่ในการติดตามเยี่ยมหญิงหลังคลอดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

2.2 การจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้หญิงหลังคลอดกลุ่มนี้ได้เข้าร่วมอย่างสม่ำเสมอ เช่น กิจกรรมการเสริมสร้างพลังและจิตวิญญาณ ได้แก่ การสวดมนต์ การภาวนา การอธิฐานจิต กิจกรรมงานสร้างสรรค์ที่ทำแล้วประสบผลสำเร็จโดยเร็ว ได้แก่ การทำดอกไม้ประดิษฐ์ และกิจกรรมอื่นๆที่ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น หรืออาจมีการศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยองค์ความรู้ที่ให้ ได้แก่ การรู้จักโรคซึมเศร้า การส่งเสริมการมองโลกในแง่บวก การคิดที่ไม่เครียด การสื่อสารให้เข้าใจกัน และ การป้องกันตนเองไม่ให้กลับมาเป็นโรคซึมเศร้าซ้ำซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้หญิงหลังคลอดห่างไกลจากภาวะซึมเศร้าได้

2.3 การแนะนำและสาธิต วิธีการใช้แบบสอบถามที่คลาสิคในประเทศไทย เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบเอง (Thai Depression Inventory) ผู้พัฒนาเครื่องมือคือ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์¹⁵ จิตแพทย์ภาควิชาเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตราประเมินแบบเรียงลำดับ (ordinal rating scale) 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ มีจุดประสงค์เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการประเมิน 5-10 นาที การให้คะแนนเป็น 0,1,2,3 ตัวแปรที่วัด ได้แก่ อาการซึมเศร้า 6 ปัจจัย ดังนี้ 1) ความวิตกกังวล (Anxiety) 2) การฆ่าตัวตาย (Suicide) 3) กลุ่มอาการที่คิดว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย (Hypochondriasis) 4) กลุ่มอาการเชื่องช้า (Lethargy) 5) การแยกจากสังคม (Social withdrawal) และ 6) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวลดลง หรือน้อยกว่าปกติ (Psycho motor retardation) ในการแปลผลนั้นหากผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการจะได้คะแนนมากกว่า 35 คะแนนขึ้นไป ในการประเมินและแปลผลการประเมินด้วยตนเองนี้ควรเน้นย้ำให้หญิงหลังคลอดตระหนักในความเป็นจริงที่ประเมินพบ ยอมรับความจริงและปรับเปลี่ยนความคิดความรู้สึกตนเองให้ดีขึ้น ขณะเดียวกันอาจเลือกไปปรึกษากับบุคคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ใกล้ที่สุดเพื่อแนะนำการรักษาต่อที่เหมาะสม

2.4 ทำความเข้าใจกับสามีและครอบครัวของหญิงหลังคลอดเกี่ยวกับการร่วมสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติอันสื่อถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด วิธีการร่วมดูแลบุตรและดูแล

ภรรยาให้ปลอดภัยจากภาวะดังกล่าว สอดคล้องกับการวิเคราะห์ผลการวิจัยได้ข้อเสนอนำไปใช้ประโยชน์ต่อการดูแลหญิงหลังคลอดว่า การเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้กับหญิงหลังคลอดจะช่วยในการลดการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.5 แนะนำให้หญิงหลังคลอดมาตรวจตามนัดเพื่อประเมินความผิดปกติหลังคลอดในสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอดบุตร ซึ่งเป็นการนัดตรวจหลังคลอดตามปกติแต่พยาบาลต้องคัดกรองภาวะนี้ร่วมด้วยเสมอ

บทสรุป

จากการวิเคราะห์ปัจจัยและสถานการณ์ปัจจุบัน คาดว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์หลังคลอดของประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง พยาบาลต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อนำมาใช้ในการดูแลให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งด้านการป้องกันสุขภาพ การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ ขณะเดียวกันกิจกรรมที่เคยปฏิบัติและยังได้ผลดีในทางดูแล เช่น การให้ความรู้ การให้แรงสนับสนุนทางสังคม การจัดกิจกรรมกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจให้เห็นคุณค่าในตนเอง การติดตามเยี่ยมบ้าน และการส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัวก็ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการส่งเสริมความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การส่งเสริมการมองโลกในแง่บวก การคิดที่ไม่เครียด การสื่อสารให้เข้าใจกัน และการป้องกันตนเองให้กลับมาเป็นโรคซึมเศร้าซ้ำซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้หญิงหลังคลอดห่างไกลจากภาวะซึมเศร้าได้

References

1. Benjaporn, P. Postpartum depression among Thai women: a national survey. J Med Assoc Thai.2013; 96(7) : 761-7. (In Thai).
2. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. Annu Rev Clin Psychol. 2013;9:379-407.
3. Irma,N., Deoisres, w., and Hengudomsub, P. Postpartum Depression in Indonesian Mothers: Its Changes and Predicting Factors. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2018; 22 (2) : 93-105.
4. Junpoon, T., Yeekhien, C. The study of postpartum depression. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2015; 26(1):64-74. (In Thai).
5. Sukkhasame,M. Predictors of Postpartum Depression. Journal of Nursing and Health Care.2016; 34.1: 47-55. (In Thai).
6. Poommanee, N. Depression after childbirth in adolescent mothers, hospital Sirindhorn Medical Burea [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University. 2014. (In Thai).
7. American Psychiatric Association. Depressive disorder. In: Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. p. 155-88.
8. Nuansawee, W., Kasiphon, T., and Natheethanasombut, K. The Prevalence of Postpartum Depression and Factors Predicting Depression in Postpartum Mothers. HCU Academic Journal .2018; 21 (42): 65 -78. (In Thai).
9. Paulson, James F., and Sharnail D. Bazemore. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. Jama. 2010; 303 (19):1961-1969.
10. Zadeh, M. A, Khajehei, M., Sharif , F., and Hadzic, M. High-risk pregnancy: effects on postpartum depression and anxiety. Br J Midwifery. 2012; 20(2): 105-13.
11. Brummelte, Susanne, and Liisa AM Galea. Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. Hormones and behavior. 2016; 77: 153-166.
12. Halter, Margaret Jordan, Donna Rolin-Kenny, and Faye Grund. DSM-5: Historical perspectives. Journal of psychosocial nursing and mental health services. 2013; 51(4) : 22-29.

13. Youngdee K, Roomruangwong C. Depression after childbirth among mothers with obstetric complications in King Chulalongkorn Memorial Hospital. Chula Med J. 2016 Sep – Oct;60(5): 561 – 74. (In Thai).
14. Prechon, K. Postpartum Depression: Prevention and Care. Thai Red Cross Nursing Journal. 2016; 9(2): 24-35. (In Thai).
15. Lotakul, M., Sukhanich, P. Questionnaires were used to assess the severity of depression in patients. In Pattharayutawat, S. (Editor). Psychological Measurement Handbook. 4th ed. Bangkok : Multimedia. 2008. (In Thai).
16. Ross, R., Wolf, L., Chiang-Hanisko, L., Tanaka, T., Takeo, K., Boonyanurak, P., et al. Predictors of depression among nursing students in four countries: USA, Thailand, Taiwan, and Japan. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(3): 195-201. (In Thai).
17. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for managing depressive disorders for general practitioners in primary and secondary care. Thai Depression Center Phra Si Maha Pho Hospital Ubon Ratchathani. Siri Offset Printing Co., Ltd. 2011. (In Thai).
18. Jarassaeng, N., Arunponpaisa, S., Rungreangkulkij, S., Pimpanit, V., Maneeganondh, s., and Rodong, D. Effect of Psycho-education Program in Patients with Depressive Disorder. J Psychiatr Assoc Thailand . 2017; 62 (3): 247-255. (In Thai).