

Review article

Postpartum depression: An integrated nursing care approach

Nongnapath Somthong *Department of Nursing, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society, Bangkok, Thailand*

Abstract

Postpartum depression is a critical mental health issue impacting maternal functioning, infant development, and family well-being. Reported prevalence rates vary across study populations, assessment timing, screening tools, and cutoff scores, necessitating a clear distinction between a positive screening result and a clinical diagnosis. This review article synthesizes empirical evidence on clinical features, associated factors, consequences, screening methods, treatment approaches, and nursing roles, while proposing an integrated care framework based on the five-step nursing process. Findings indicate that screening serves as an entry point to identify individuals requiring further evaluation rather than a diagnostic substitute. Care planning should comprehensively consider clinical history, symptoms, family context, individual needs, and safety concerns to guide interventions ranging from mental health promotion and primary support to coordinated treatment referral. As most evidence originates internationally, application within the Thai context must account for local workforce availability, resources, and service delivery systems. In conclusion, quality care requires seamlessly integrating screening, assessment, intervention, closed-loop referral, and continuous follow-up.

Keywords: Integrated care, nursing process, postpartum depression, screening.

***Correspondence to:** Nongnapath Somthong, Department of Nursing, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society, Bangkok 10330, Thailand.

E-mail: Nongnapaths@gmail.com

Received: January 11, 2026

Revised: July 29, 2026

Accepted: August 19, 2026

บทฟื้นฟูวิชาการ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด: กระบวนการพยาบาลแบบบูรณาการ

นางนภัส สมทอง

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นปัญหาสุขภาพจิตสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อบทบาทมารดา พัฒนาการทารก และสุขภาพครอบครัว โดยค่าความชุกมีความแตกต่างกันตามประชากร ช่วงเวลา เครื่องมือ และจุดตัดคะแนน จึงต้องจำแนกผลการคัดกรองเชิงบวกออกจากการวินิจฉัยทางคลินิกอย่างชัดเจน บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับลักษณะทางคลินิก ปัจจัยเกี่ยวข้อง ผลกระทบ การคัดกรอง แนวทางการรักษา และบทบาทพยาบาลพร้อมเสนอกรอบการดูแลแบบบูรณาการ ตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ผลการทบทวนชี้ว่า การคัดกรองเป็นเพียงจุดเริ่มต้นในการค้นหาผู้ที่ต้องได้รับการประเมินเพิ่มเติมไม่ใช่เครื่องมือทดแทนการวินิจฉัย การวางแผนดูแลจึงต้องพิจารณารอบด้านจากประวัติ อาการ บริบทครอบครัว ความต้องการเฉพาะบุคคล และประเด็นความปลอดภัย เพื่อให้การดูแลครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพจิต การช่วยเหลือเบื้องต้น จนถึงการประสานการรักษาและการส่งต่อ ทั้งนี้เนื่องจากหลักฐานส่วนใหญ่อยู่ในบริบทต่างประเทศ การประยุกต์ใช้ในประเทศไทยจึงต้องคำนึงถึงความพร้อมของกำลังคนทรัพยากร และระบบบริการในแต่ละระดับ สรุปได้ว่าการดูแลที่มีคุณภาพต้องเชื่อมโยงการคัดกรอง การประเมิน การช่วยเหลือ การส่งต่อแบบวงจรปิด และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การดูแลแบบบูรณาการ, กระบวนการพยาบาล, ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด, การคัดกรอง

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression: PPD) เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ สามารถเริ่มปรากฏอาการได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ กระบวนการคิด การดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนการปรับตัว และบทบาทการเป็นมารดา^(1, 2) ปัจจุบันขอบเขตระยะเวลาของภาวะนี้ยังไม่มีความเป็นเอกภาพ คือมีการกำหนดตั้งแต่ช่วงไม่กี่สัปดาห์แรกจนถึง 1 ปี หลังคลอด^(1, 3, 4) การรายงานและเปรียบเทียบผลการศึกษาด้านระบาดวิทยา จึงจำเป็นต้องระบุช่วงเวลาประเมินนิยามศัพท์ เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วย ตลอดจนเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอย่างชัดเจน สาเหตุของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความซับซ้อน และสัมพันธ์กับปัจจัยในหลายมิติ ได้แก่ ความเปราะบางทางชีวภาพ ประวัติปัญหาสุขภาพจิต ปัจจัยทางพฤติกรรม สุขภาพทารก ประสบการณ์ชีวิต ตลอดจนบริบททางครอบครัวและสังคม^(1, 2) ในทางคลินิก การประเมินภาวะสุขภาพจิตหลังคลอดจำเป็นต้องวินิจฉัยแยกโรคออกจากภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (postpartum blues) ซึ่งมักเกิดขึ้นในระยะแรกและทุเลาได้เอง รวมถึงโรคจิตหลังคลอด (postpartum psychosis) ซึ่งเป็นภาวะทางจิตเวชรุนแรงที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน^(1, 5)

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุมตลอดช่วงเวลารับบริการ ตั้งแต่คลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด หรือผู้ป่วยหลังคลอด คลินิกตรวจหลังคลอด คลินิกสุขภาพเด็ก จนถึงบริการสุขภาพในชุมชน จึงมีบทบาทสำคัญยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพจิต เฝ้าระวัง สังเกตอาการ ประเมิน คัดกรอง การให้ข้อมูล การช่วยเหลือเบื้องต้น ตลอดจนประสานการดูแลและการส่งต่ออย่างเหมาะสม^(2, 6)

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับลักษณะทางคลินิก ปัจจัยที่สัมพันธ์ ผลกระทบ การคัดกรอง การประเมิน แนวทางการรักษา และบทบาทของพยาบาล พร้อมนำเสนอกรอบการดูแลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัย การพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ความต้องการของมารดา ครอบครัว และบริบทของระบบบริการสุขภาพแต่ละพื้นที่

ลักษณะทางคลินิกและการวินิจฉัยแยกโรค

อาการของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีลักษณะพื้นฐานเช่นเดียวกับภาวะซึมเศร้าในระยะอื่นของชีวิต ได้แก่ อารมณ์เศร้า ความสนใจ หรือความเพลิดเพลินในการทำกิจกรรมลดลง อ่อนล้า แบบแผนการนอนหลับ หรือความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง สมาธิ และความสามารถในการตัดสินใจลดลง รู้สึกผิดหรือไร้คุณค่า ตลอดจนความสามารถในการทำหน้าที่ และการดำเนินชีวิตลดลง ทั้งนี้ บางอาการอาจสัมพันธ์โดยตรงกับบริบทความเป็นมารดา เช่น ความกังวลต่อความสามารถในการดูแลทารก ความยากลำบากในการสร้างสัมพันธ์กับทารก หรือความรู้สึกไม่สามารถรับมือกับบทบาทความเป็นมารดาได้^(1, 2) การวินิจฉัยแยกโรค จำเป็นต้องประเมินเปรียบเทียบกับภาวะทางจิตเวชอื่นในระยะหลังคลอด ได้แก่ 1) ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (postpartum blues) มักเกิดขึ้นในระยะแรกหลังคลอดที่แสดงออก เช่น อารมณ์แปรปรวน ร้องไห้ง่าย หรือมีความเปราะบางทางอารมณ์ แต่อาการโดยรวมไม่กระทบต่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันอย่างรุนแรง และมักทุเลาได้เองภายในเวลาอันสั้น^(1, 5); และ 2) โรคจิตหลังคลอด (postpartum psychosis) เป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่รุนแรง และมักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน มีลักษณะอาการสำคัญ ได้แก่ ความสับสน หูแว่ว หรือหลงผิดไปจากความเป็นจริง อารมณ์ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ตลอดจนความสามารถในการตัดสินใจ การดูแลตนเอง และทารกบกพร่องอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นภาวะที่แตกต่างจากภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดอย่างสิ้นเชิง จำเป็นต้องได้รับการประเมินรักษาอย่างเร่งด่วนตามระบบบริการสุขภาพ^(1, 5)

ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีความแตกต่างตามลักษณะของประชากร ช่วงเวลาที่ประเมิน เครื่องมือที่ใช้ประเมิน และจุดตัดคะแนนตลอดจนนิยามผลลัพธ์ของแต่ละการศึกษา การวิเคราะห์ห่อภิมาณในมารดาที่ไม่มีประวัติภาวะซึมเศร้ามาก่อน และคลอดทารกแรกเกิดที่มีสุขภาพแข็งแรง รายงานความชุกของอาการซึมเศร้าหลังคลอดประมาณร้อยละ 17 และอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 12 แต่ผลการศึกษาที่มีความไม่เป็นเนื้อเดียวกันระหว่างการศึกษาดังกล่าว จึงควรคำนึงถึงความแตกต่างของประชากร และวิธีดำเนิน

การวิจัย⁽⁷⁾ ขณะที่การวิเคราะห์ห่อหุ้มจากข้อมูลหลายประเทศ อีกฉบับหนึ่งรายงานความชุกของอาการซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 17.2 (95% CI, 16.0–18.5) โดยพบค่าความชุกแตกต่างกันตามภูมิภาค และระเบียบวิธีวิจัย⁽⁸⁾ สำหรับประเทศไทย การสำรวจสตรีหลังคลอดจำนวน 1,731 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดฉบับภาษาไทย (Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale: Thai EPDS) พบผลการคัดกรองเป็นบวกร้อยละ 8.4⁽⁹⁾

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการ หรือการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีหลายด้าน โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวได้บ่งชี้ถึงความเป็นเหตุเป็นผลโดยตรง และขนาดความสัมพันธ์อาจแปรผันตามลักษณะประชากร เครื่องมือวัด และรูปแบบการศึกษา^(3, 6) การพบปัจจัยเสี่ยง หรือไม่พบปัจจัยเสี่ยงไม่ได้ยืนยันว่าจะต้องเกิด หรือไม่เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จึงควรนำข้อมูลที่ได้มาใช้เพื่อประกอบการพิจารณาให้รอบด้านมากขึ้น ดังนี้

1. ด้านประวัติสุขภาพจิต ประวัติโรคซึมเศร้า โรคจิตกึ่งหวล ภาวะอารมณ์สองขั้ว อาการซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์และปัญหาสุขภาพจิตในครรภ์ก่อน เป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการประเมินความเสี่ยง และการวางแผนติดตาม^(3, 6) หากพบประวัติ หรืออาการที่ทำให้สงสัยภาวะอารมณ์สองขั้ว ควรประสานผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประเมินเพิ่มเติมก่อนสรุปว่าเป็นภาวะซึมเศร้า⁽¹⁰⁾

2. ด้านพฤติกรรม และสุขภาพของทารก ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์หรือระยะคลอด การคลอดก่อนกำหนด ความเจ็บป่วยของทารก ประสบการณ์การคลอดที่มารดารับรู้ในทางลบ และความยากลำบากในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีรายงานว่าสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าหลังคลอด ทั้งนี้ ความสัมพันธ์อาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย^(3, 6, 11)

3. ด้านพฤติกรรม และการสนับสนุนทางสังคม การนอนหลับที่ถูกรบกวน และความอ่อนล้า มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามปกติในระยะหลังคลอด การประเมินจึงควรพิจารณาถึงระยะเวลา ความรุนแรงของอาการ และโอกาสในการพักผ่อน ภาวะการดูแลทารก ตลอดจนการสนับสนุนจากครอบครัวร่วมกัน^(1, 2)

ผลกระทบต่อมารดา ทารก และครอบครัว

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ส่งผลกระทบต่อมารดา ทารก และครอบครัว ดังนี้

1. กระทบต่อมารดา ได้แก่ การลดทอนคุณภาพชีวิต สมรรถนะในการทำหน้าที่ การดูแลตนเอง และการปรับตัวสู่บทบาทมารดา มารดาบางรายมีอุปสรรคในการรับรู้ และตอบสนองต่อสัญญาณความต้องการของทารก หรือมีปฏิสัมพันธ์กับทารกลดลง^(1, 2, 12)

2. กระทบต่อทารกและเด็ก มีการศึกษาพบความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรม แบบแผนการนอนหลับ และพัฒนาการของเด็ก⁽¹²⁾

3. กระทบต่อครอบครัว ส่งผลต่อคู่สมรส และสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากภาวะการดูแล ความเครียด และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น^(2, 12)

การคัดกรองและการประเมินตามเกณฑ์

การคัดกรองและการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานพยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญตั้งแต่การให้ข้อมูล และสร้างความเข้าใจแก่ผู้รับบริการก่อนการคัดกรอง การใช้ทักษะการสื่อสารด้วยท่าทีที่ไม่ตัดสิน (non-judgmental attitude) เพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัย และสะท้อนความรู้สึกที่แท้จริง โดยเครื่องมือคัดกรองที่นิยมใช้ และมีมาตรฐานในทางคลินิก ได้แก่

1. แบบคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) เป็นเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นของกรมสุขภาพจิต ใช้ประเมินอารมณ์เศร้า และอาการเบื่อ/หมดความสนใจในระยะ 2 สัปดาห์ หากตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งถือว่าผลเป็นบวก และต้องได้รับการประเมินเพิ่มเติมด้วยเครื่องมืออื่น เช่น 9Q หรือการสัมภาษณ์ทางคลินิก ทั้งนี้ 2Q ไม่สามารถระบุระดับความรุนแรง หรือยืนยันการวินิจฉัยได้ อย่างไรก็ตาม การแปลผลในสตรีหลังคลอดควรพิจารณาร่วมกับอาการทางคลินิก และไม่ควรใช้ผลการคัดกรองเพื่อยืนยันการวินิจฉัย⁽¹³⁾

2. Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) เป็นเครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้า จำนวน 10 ข้อ สำหรับสตรีตั้งครรภ์และหลังคลอด⁽¹⁴⁾ การทดสอบ EPDS ฉบับภาษาไทยในมารดาหลังคลอด (6–8 สัปดาห์, n = 351) พบว่า จุดตัด 10/11 มีความไว ร้อยละ 100 และความจำเพาะ ร้อยละ 88 สำหรับโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง ขณะที่จุดตัด 6/7 มีความไวสูงสำหรับโรคซึมเศร้าทุกระดับ แต่ความจำเพาะต่ำกว่า⁽¹⁵⁾ ขณะที่การวิเคราะห์ห่อหุ้มข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัย

รายบุคคลระบุว่า ความแม่นยำของ EPDS แปรตามจุดตัดคะแนน ซึ่งต้องพิจารณาสมมูลระหว่างการตรวจพบภาวะซึมเศร้า และการเกิดผลบวกลง ข้อระวังสำคัญคือคำถามข้อที่ 10 ประเมินความคิดทำร้ายตนเองหากพบมีความเสี่ยงแม้คะแนนรวมไม่ถึงจุดตัด ต้องได้รับการประเมินทางคลินิก และส่งต่อเชิงรุก (active referral) ไปยังจิตแพทย์หรือทีมสุขภาพจิตทันที^(10, 16)

3. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) เป็นเครื่องมือประเมินความถี่ของอาการซึมเศร้าในระยะ 2 สัปดาห์จำนวน 9 ข้อ (คะแนนรวม 0–27) การวิเคราะห์หोगิมาณพบว่า จุดตัดคะแนนช่วง 8–11 มีความแม่นยำใกล้เคียงกันในการคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง โดยค่าทำนายผันแปรตามความทุกข์ของโรคในประชากรนั้น ๆ⁽¹⁷⁾

หลักการจัดระบบคัดกรอง

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) แนะนำให้คัดกรองภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ด้วยเครื่องมือมาตรฐานตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ครั้งแรก ช่วงไตรมาสสุดท้าย และระยะหลังคลอด โดยต้องจัดระบบรองรับการประเมิน การวินิจฉัย การรักษา การส่งต่อ และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (WHO) ที่สนับสนุนการบูรณาการระบบบริการสุขภาพจิต บริการเฝ้าระวังกับระบบสุขภาพมารดาและเด็ก โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทสังคม วัฒนธรรม ทรัพยากร และระบบส่งต่อในพื้นที่⁽⁴⁾ สำหรับประเทศไทยหน่วยบริการสามารถเลือกใช้แบบคัดกรอง 2Q หรือใช้ EPDS และ PHQ-9 ฉบับภาษาไทยที่ผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติการวัดในประชากรเป้าหมาย^(15,18) ทั้งนี้ ควรจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างเป็นระบบและชัดเจน ครอบคลุมการกำหนดเครื่องมือ ช่วงเวลาคัดกรอง ผู้รับผิดชอบ จุดตัดคะแนน การบันทึกผล การประเมินเพิ่มเติม และช่องทางการส่งต่อ

แนวทางการรักษา

แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าในมารดาจำเป็นต้องพิจารณาบริบทเฉพาะของแต่ละบุคคลอย่างรอบด้าน (individualized care) โดยประเมินจากระดับความรุนแรง ระยะเวลาของอาการ ผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ประวัติสุขภาพจิตเดิม การให้นมบุตร ภาวะเจ็บป่วยร่วม ความต้องการของมารดา ตลอดจนระบบสนับสนุนทางสังคม โดยแนวทางการดูแลรักษาครอบคลุม

ตั้งแต่การช่วยเหลือด้านจิต สังคม การบำบัดทางจิตวิทยา ไปจนถึงการใช้ยารักษาโรคจิตเวช ซึ่งพิจารณาตามระดับอาการ⁽¹⁹⁾ ดังนี้

1. อาการระดับเล็กน้อย (mild level) เน้นการติดตามเปลี่ยนแปลงของอาการอย่างใกล้ชิด (Watchful waiting) ร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) การส่งเสริมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางจิตสังคมที่สอดคล้องกับบริบท และความต้องการของมารดา

2. อาการระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe level) ควรส่งต่อจิตแพทย์เพื่อพิจารณาการบำบัดทางจิตวิทยา (psychotherapy) ร่วมกับการพิจารณาการรักษาด้วยยา โดยต้องประเมินและเปรียบเทียบระหว่างประโยชน์ และความเสี่ยงทางคลินิก โดยเฉพาะประวัติการตอบสนองต่อยาในอดีต ระยะตั้งครรภ์ หรือการให้นมบุตร และโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา

3. อาการรุนแรงเฉียบพลัน (acute severe level) กรณีพบอาการทางจิต (psychotic symptoms) หรือมารดาไม่สามารถดูแลตนเอง และทารกได้อย่างปลอดภัย ต้องดำเนินการส่งต่อเพื่อรับการประเมิน และดูแลรักษาเร่งด่วนจากจิตแพทย์ทันที

บทบาทพยาบาลในการดูแลสุขภาพจิตของมารดา

การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพจิตมารดา มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด (Therapeutic relationship) การเคารพในสิทธิผู้ป่วย การหลีกเลี่ยงการตีตรา หรือแสดงท่าทีตำหนิ (non-stigmatizing and non-judgmental approach) ควบคู่กับการยึดหลักการดูแลอย่างต่อเนื่องตามระยะการบริการ (continuum of care) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระยะตั้งครรภ์ (antenatal period) ประเมินประวัติสุขภาพจิต อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน แบบแผนการนอนหลับ การใช้สารเสพติด บำบัดจิตใจ ความเครียด ระบบสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางกายภาพ ควบคู่กับการคัดกรองตามระบบอย่างสม่ำเสมอ^(4, 10) ในกรณีที่ผลการคัดกรองเป็นบวก (Positive screen) พยาบาลต้องเชื่อมโยงผู้รับบริการเข้าสู่กระบวนการประเมินทางคลินิก ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือทางสังคมและจิตวิทยา พร้อมทั้งร่วมวางแผนการดูแลในระยะหลังคลอด สำหรับมารดาที่มีประวัติปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง ควรประสานงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะรายล่วงหน้า (individualized care plan)^(19, 20)

2. ระยะคลอด (intrapartum period) ให้การพยาบาลแบบสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง (Continuous supportive care) หมั่นสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรม เปิดโอกาสให้มารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอด⁽²¹⁾ ตลอดจนการส่งต่อข้อมูลสำคัญแก่ทีมการพยาบาลระยะหลังคลอดอย่างรัดกุม โดยเน้นการคุ้มครองความเป็นส่วนตัว และความลับของผู้รับบริการ โดยเฉพาะในรายที่มีความเสี่ยงสูง หรือมีผลการคัดกรองเป็นบวก

3. ระยะหลังคลอด (postpartum period) ประเมินสภาวะทางอารมณ์ แบบแผนการนอนหลับ ภาวะความอ่อนล้า การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน สัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก (Mother-infant bonding) และประเมินความปลอดภัยควบคู่กับการประเมินทางร่างกายและการคัดกรองตามระยะเวลาที่กำหนด^(4,10) ทั้งนี้ องค์การสากลได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกรอบเวลาในการติดตามประเมินหลังคลอด ดังนี้ 1) World Health Organization (WHO) กำหนดจุดติดตามเพื่อประเมินหลังคลอดอย่างน้อย 4 ครั้ง (ภายใน 24 ชั่วโมงแรก, 48–72 ชั่วโมง, 7–14 วัน และสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด)⁽²²⁾ 2) American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) แนะนำให้มีการติดตามเพื่อประเมินภายใน 3 สัปดาห์แรก และประเมินสุขภาพมารดาอย่างครอบคลุมต่อเนื่องภายใน 12 สัปดาห์⁽²³⁾ และ 3) American Academy of Pediatrics (AAP) แนะนำให้คัดกรองสุขภาพจิตมารดาควบคู่ไปกับการตรวจพัฒนาการและสุขภาพทารก ณ ช่วงอายุ 1, 2, 4 และ 6 เดือน⁽²⁴⁾

4. ระยะการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย (post discharge continuity of care) ติดตามประเมินอาการอย่างเป็นระบบผ่านการนัดตรวจตามนัด การเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ หรือระบบสุขภาพทางไกล (telehealth) โดยพิจารณาตามระดับความเสี่ยงและทรัพยากรที่มี⁽⁴⁾ จำเป็นต้องกำหนดผู้รับผิดชอบ ช่องทางการติดต่อ และเกณฑ์การยกระดับการดูแล (escalation pathways) ในกรณีฉุกเฉินอย่างชัดเจน

กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพจิตมารดา

เนื้อหาในบทความนี้เป็นสาระสำคัญขององค์ความรู้จากแนวทางการปฏิบัติระดับสากล ได้แก่ องค์การอนามัยโลก World health organization (WHO), วิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา American college of obstetricians and gynecologists (ACOG), สถาบันเพื่อความเป็นเลิศทางสุขภาพ

และระบบดูแลแห่งชาติ National institute for health and care excellence (NICE), เครือข่ายแคนาดาเพื่อการรักษาโรคอารมณ์และโรควิตกกังวล Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้โดยบุคลากรสุขภาพทั่วไป^(4, 10, 19, 25) เพื่อให้พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมตามขอบเขตแห่งวิชาชีพ สมรรถนะ ภาระงาน และทรัพยากรของแต่ละหน่วยบริการ โดยแบ่งตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (nursing assessment) จัดบริการประเมินสุขภาพจิตควบคู่ไปกับการดูแลทางสูติกรรมตามปกติ ครอบคลุมสภาวะทางอารมณ์ ความวิตกกังวล แบบแผนการนอนหลับ สัมพันธภาพและการดูแลทารก บำบัดจิตใจ ความเครียด ระบบสนับสนุนทางสังคม ประวัติสุขภาพจิตในอดีต ตลอดจนข้อกังวลด้านความปลอดภัย^(4, 10, 19)

1.1 การคัดกรองความเสี่ยงและการสื่อสาร จัดสถานที่ประเมินที่เป็นส่วนตัว ใช้ภาษาที่ไม่สร้างการตีตรา อธิบายขอบเขตของการรักษาความปลอดภัยอย่างชัดเจน หากพบประวัติโรคทางจิตเวชรุนแรง อาการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลัน หรือมีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง ต้องประเมินระดับความรุนแรงด่วน และประสานแพทย์หรือทีมสุขภาพจิตทันที โดยไม่สรุปการวินิจฉัยโรคจากคะแนนการคัดกรองหรือการสังเกตเพียงอย่างเดียว

1.2 การคัดกรองตามมาตรฐาน เลือกใช้แบบคัดกรองมาตรฐาน ที่มีคุณสมบัติด้านการวัดผล ตามมาตรฐาน (psychometric properties) โดยกำหนดจุดตัดคะแนน (cut-off score) และแนวทางการปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งหน่วยงาน โดยการแปลผลคะแนนต้องทำร่วมกับการสัมภาษณ์ และการประเมินทางคลินิกเสมอ^(14–17, 26)

1.3 การติดตามผลที่เป็นบวก จัดวางระบบติดตามผู้ที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก (positive screen) โดยระบุผู้รับผิดชอบ กรอบเวลา ช่องทางการติดต่อและวิธีการยืนยันการรับช่วงดูแลอย่างชัดเจน กรณีพบอาการรุนแรงหรือมีข้อกังวลด้านความปลอดภัย ให้ดำเนินการส่งต่อเร่งด่วนทันที โดยไม่ต้องรอคำนวณคะแนนรวม^(10,19)

2. การวินิจฉัยทางการแพทย์ (nursing diagnosis) ทำการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ ข้อมูลจากการประเมินสุขภาพ เพื่อระบุปัญหา ความต้องการ และการตอบสนองของมารดาภายใต้ขอบเขตแห่งวิชาชีพพยาบาล ข้อควรระวังทางวิชาชีพพยาบาล ต้องไม่ใช่ข้อโรคทางจิตเวช (psychiatric diagnosis) มาเป็นข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

โดยเฉพาะในมารดาที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยทางคลินิกอย่างเป็นทางการจากแพทย์

3. การวางแผนการพยาบาล (nursing planning) กำหนดเป้าหมายการพยาบาลร่วมกับมารดา โดยเน้นความจำเพาะเจาะจง สามารถประเมินผลได้อย่างเป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับระยะเวลาการติดตาม เช่น มารดาสามารถระบุช่องทางการขอความช่วยเหลือ เมื่อเกิดภาวะวิกฤตได้ การได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอตามแผน หรือมีระดับอาการและการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันปรับตัวดีขึ้น เป็นต้น ใช้การระบุปัญหา เป้าหมาย กิจกรรมการพยาบาล ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาติดตาม เกณฑ์การประเมินผล และเกณฑ์การส่งต่อไว้อย่างชัดเจนในแผนการดูแล ยึดหยุ่นและปรับการดูแลให้เหมาะสมกับรายบุคคล (individualized care) ⁽⁴⁾

4. การปฏิบัติการพยาบาล (nursing implementation) แบ่งระดับการปฏิบัติการพยาบาลตามความรุนแรงและสภาวะเสี่ยงของผู้รับบริการ ดังนี้

4.1 การดูแลพื้นฐานสำหรับมารดาทุกรายให้ข้อมูลข่าวสารที่กระชับ ไม่สร้างการตีตรา เกี่ยวกับสุขภาพจิต การพักผ่อน การขอความช่วยเหลือ และการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตามความยินยอมของมารดา ^(4, 19) สนับสนุนสัมพันธภาพและปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารก โดยการแบ่งย่อยกิจกรรมการดูแลทารกออกเป็นขั้นตอนง่าย ๆ พร้อมทั้งสะท้อนพฤติกรรมเชิงบวกของมารดา ทั้งนี้ ไม่ควรระบุว่ากิจกรรมทั่วไปเหล่านี้ สามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าได้โดยตรง หากไม่ได้เป็นการดำเนินการภายใต้โปรแกรมเฉพาะที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ

4.2 การดูแลเมื่อมีอาการเล็กน้อย หรือมีปัจจัยเสี่ยงใช้ทักษะการรับฟังอย่างตั้งใจ (active listening) ให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ร่วมวางแผนจัดการเวลาพักผ่อน และการแบ่งเบาหน้าที่ภายในครอบครัว ^(19, 20, 27) ทั้งนี้ การทบทวนวรรณกรรมของ Cochrane ชี้ให้เห็นว่ามาตรการทางจิตสังคมมีประสิทธิผลแตกต่างกันตามองค์ประกอบและผู้ดำเนินการ จึงไม่ควรสรุปว่ารูปแบบ การสนับสนุนทุกรูปแบบให้ผลลัพธ์ที่เท่าเทียมกัน ⁽²⁸⁾

4.3 การดูแลเมื่อมีอาการต่อเนื่อง หรือกระทบการทำงานที่ประสานส่งต่อแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเพื่อรับการบำบัดทางจิตวิทยา เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) หรือ thinking healthy program โดยพยาบาลผู้ให้บริการบำบัดจะต้อง

ผ่านการอบรมเฉพาะทาง และมีระบบนิเทศกำกับ (supervision) ที่ชัดเจน โดยไม่นำเทคนิคเพียงบางส่วนไปใช้เสมือนเป็นการบำบัดแบบสมบูรณ์ ^(29, 30) โดยแนวทางของ NICE แนะนำให้ได้รับการประเมินภายใน 2 สัปดาห์หลังการส่งต่อ และเริ่มกระบวนการบำบัดภายใน 1 เดือน ⁽²⁵⁾

4.4 การดูแลเมื่อมีอาการรุนแรง หรือมีข้อกังวลด้านความปลอดภัย จัดระบบการดูแลอย่างใกล้ชิดและดำเนินการส่งต่อแพทย์หรือจิตแพทย์ทันที ในกรณีที่สงสัยภาวะโรคจิตหลังคลอดเฉียบพลัน (postpartum psychosis) แนวทางของ NICE เสนอแนะให้ได้รับการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญภายใน 4 ชั่วโมง ⁽²⁵⁾ ซึ่งในบริบทของประเทศไทย หน่วยบริการต้องจัดทำแนวทางปฏิบัติ ช่องทางการติดต่อผู้รับผิดชอบ และระบบการส่งต่อให้มีความชัดเจนและสามารถปฏิบัติได้จริง

4.5 การดูแลร่วมกับการรักษาด้วยยา ติดตามพฤติกรรมการใช้ยา ผลการรักษา อาการไม่พึงประสงค์จากยา และการให้નมนูตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ข้อมูลที่เป็นกลางและสมดุล ไม่ชี้นำ ประสานงานกับแพทย์ผู้สั่งใช้ยาเมื่อพบข้อกังวล โดยพยาบาลต้องไม่ปรับ ลด หยุด หรือเปลี่ยนชนิดของยาด้วยตนเองโดยเด็ดขาด ⁽¹⁹⁾

5. การประเมินผลการพยาบาล (nursing evaluation) การประเมินซ้ำอย่างเป็นระบบในด้านอาการทางจิตใจ แบบแผนการนอนหลับ การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การดูแลทารก ระบบสนับสนุน ความปลอดภัย และติดตามแนวโน้มคะแนนจากแบบประเมินเดิมควบคู่กับข้อมูลประเมินทางคลินิก ^(10, 19) สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยต้องระบุหน่วยงานรับส่งต่อ ผู้รับช่วงดูแล วันเวลาดนัดหมาย และใช้กระบวนการส่งต่อแบบวงจรมิด (closed-loop referral) เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลในหน่วยบริการปลายทางจริง

อภิปรายผล

หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนการบูรณาการงานสุขภาพจิตปริก่าเนิดเข้ากับบริการสุขภาพมารดา และเด็ก การเพิ่มความถี่ในการคัดกรองไม่อาจยกระดับผลลัพธ์ทางคลินิกได้ หากขาดระบบบริการที่รองรับการส่งต่อ การรักษา การติดตาม และการดูแลอย่างต่อเนื่อง ^(4, 10, 31, 32) สำหรับแนวทางดูแลแบบเป็นลำดับขั้น (stepped care) ซึ่งจัดเป็นการดูแลตามระดับความรุนแรงของอาการ แม้การศึกษาบางฉบับจะพบแนวโน้มผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

แต่ความหลากหลายด้านประชากร โครงสร้างโปรแกรม ผู้ให้บริการ และการออกแบบการศึกษา ทำให้ยังไม่สามารถนำไปใช้กับทุกบริบทได้โดยตรง⁽³³⁾ การนำมาประยุกต์ใช้จึงควรปรับให้สอดคล้องกับทรัพยากร และระบบสุขภาพแต่พื้นที่

กระบวนการพยาบาลที่นำเสนอในบทความนี้มีจุดเด่นในการถ่ายทอดแนวทางสากลสู่กิจกรรมการพยาบาลที่เป็นรูปธรรม ครอบคลุมทั้ง 5 ขั้นตอน ช่วยเพิ่มความเข้าใจระบบในการระบุปัญหา การช่วยเหลือเบื้องต้น การประสานงาน และการติดตามมารดาต่อเนื่อง ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ แต่กรอบดังกล่าวยังมี ข้อจำกัด ได้แก่ 1) หลักฐานส่วนใหญ่มาจากประเทศที่มีบริการสุขภาพเฉพาะทางระบบเยี่ยมบ้าน และระบบส่งต่อที่แตกต่างจากประเทศไทย ซึ่งความพร้อมด้านกำลังคน อาจส่งผลกระทบต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามข้อเสนอ; 2) งานวิจัยต้นแบบมักดำเนินการภายใต้ระบบสนับสนุนที่ครบถ้วน ประกอบด้วยการอบรม คู่มือโครงสร้าง การนิเทศ และการประเมิน สมรรถนะ ดังนั้น การเลือกใช้นวัตกรรมเพียงบางส่วนโดยขาดระบบสนับสนุนดังกล่าว อาจไม่บรรลุผลลัพธ์ตามเป้าหมาย; และ 3) ข้อจำกัดด้านข้อมูลเชิงประจักษ์ในประเทศไทยเกี่ยวกับความเป็นไปได้ ภาระงาน การยอมรับ ความเท่าเทียม ต้นทุนและผลลัพธ์การดูแลแบบบูรณาการ โดยเฉพาะความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลชุมชน และบริการปฐมภูมิ

สรุป

การดูแลสุขภาพจิตของมารดาในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และระยะหลังคลอด จำเป็นต้องบูรณาการเข้ากับบริการสุขภาพมารดาและเด็กอย่างเป็นระบบ โดยใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process) 5 ขั้นตอน เป็นกรอบในการปฏิบัติงานภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ เพื่อความต่อเนื่องในการดูแล (continuum of care) และเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การนำกระบวนการพยาบาลไปปรับใช้ในทางคลินิก ควรประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลแบบเป็นลำดับขั้น (stepped care) ให้สอดคล้องกับความรุนแรงของอาการ และทรัพยากรของหน่วยบริการ ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ ทั้งนี้ในการปฏิบัติจริงควรได้รับการสนับสนุนเชิงระบบในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร การนิเทศ ช่องทางการส่งต่อที่ชัดเจน และการส่งเสริมงานวิจัยเชิงประเมินผลลัพธ์ในบริบทระบบสุขภาพไทยต่อไป

ORCID

Nongnaphath Somthong  <https://orcid.org/0009-0001-3699-9907>

เอกสารอ้างอิง

1. Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2016;375:2177–86.
2. Dennis CL, Singla DR, Brown HK, Savel K, Clark CT, Grigoriadis S, et al. Postpartum depression: a clinical review of impact and current treatment solutions. *Drugs* 2024;84:645–59.
3. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs* 2022;31:2665–77.
4. World Health Organization. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Geneva: World Health Organization; 2022.
5. Michalczyk J, Miłosz A, Soroka E. Postpartum psychosis: a review of risk factors, clinical picture, management, prevention, and psychosocial determinants. *Med Sci Monit* 2023;29:e942520.
6. Hutchens BF, Kearney J. Risk factors for postpartum depression: an umbrella review. *J Midwifery Womens Health* 2020;65:96–108.
7. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2018;104:235–48.
8. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry* 2021;11:543.
9. Panyayong B. Postpartum depression among Thai women: a national survey. *J Med Assoc Thai* 2013;96:761–7.
10. 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;141:1232–61.

11. Bell AF, Andersson E. The birth experience and women's postnatal depression: a systematic review. *Midwifery* 2016;39:112–23.
12. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond)* 2019;15:1745506519844044.
13. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Two-question depression screening questionnaire (2Q) [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2015 [cited 2026 Aug 1].
14. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782–6.
15. Pitanupong J, Liabsuetrakul T, Vittayanont A. Validation of the Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Res* 2007;149:258–9.
16. Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD; DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) EPDS Group. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ* 2020;371:m4022.
17. Levis B, Benedetti A, Thombs BD; DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) Collaboration. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ* 2019;365:l1476.
18. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008;8:46.
19. Vigod SN, Frey BN, Clark CT, Grigoriadis S, Barker LC, Brown HK, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments 2024 clinical practice guideline for the management of perinatal mood, anxiety, and related disorders. *Can J Psychiatry* 2025;70:429–89.
20. Highet N; Expert Working Group and Expert Subcommittees. Mental health care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence; 2023.
21. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;7:CD003766.
22. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022.
23. American College of Obstetricians and Gynecologists. Optimizing postpartum care: ACOG Committee Opinion No. 736. *Obstet Gynecol* 2018;131:e140–50.
24. Earls MF, Yogman MW, Mattson G, Rafferty J; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Incorporating recognition and management of perinatal depression into pediatric practice. *Pediatrics*. 2019;143:e20183259.
25. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance [Internet]. London: NICE; 2014 [updated 2020 Feb 11; cited 2026 Jul 24]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>.
26. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606–13.
27. Dennis CL, Hodnett E, Kenton L, Weston J, Zupancic J, Stewart DE, et al. Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomised controlled trial. *BMJ* 2009;338:a3064.
28. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2013:CD001134.

29. Rahman A, Malik A, Sikander S, Roberts C, Creed F. Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008; 372:902–9.
30. World Health Organization. Thinking healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression. Geneva: World Health Organization; 2015.
31. Morrell CJ, Slade P, Warner R, Paley G, Dixon S, Walters SJ, et al. Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. *BMJ* 2009; 338:a3045.
32. O'Connor E, Senger CA, Henninger ML, Coppola E, Gaynes BN. Interventions to prevent perinatal depression: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2019;321:588–601.
33. Hu W, Hu Y, Lai AYK, Liu TW, He J, Huo R, et al. Effects of stepped care on depression outcomes in perinatal women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2026;26:285.

Proof Version