



การพยาบาลมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด : กรณีศึกษา

สร้อย อนุสรณ์วีรกุล ศศ.ด.***

สุภาพภัทร์ หาญกล้า ศษ.ม.* วรณัฐ ไชยวาน พย.ม.*

นงนุช บุญมาลา พย.บ.* ภัสพร โมฆะรัตน์ พย.ม.*

(วันรับบทความ: 5 เมษายน พ.ศ.2565/ วันแก้ไขบทความ: 19 มิถุนายน พ.ศ.2565/ วันตอบรับบทความ: 20 มิถุนายน พ.ศ.2565)

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์การดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นความแปรปรวนด้านอารมณ์ พบมากในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด และอาจเกิดขึ้นได้ในระยะ 2-3 วันหลังคลอด อุดบัติการณแตกต่างกันตามระยะเวลา ช่วงเวลาประเมินหลังคลอด เครื่องมือและเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง สถานการณ์ และสถานที่ทำการประเมิน พบอัตราภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ตั้งแต่ร้อยละ 5.2-37.3 ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอดและทารก มีโอกาสเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษามากกว่ามารดาและทารกทั่วไป สัมพันธ์ภาพกับทารกและครอบครัวลดลง และเพิ่มภาระในการดูแล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีทั้งปัจจัยด้านมารดา ทารก สังคม สิ่งแวดล้อม และครอบครัว การดูแลมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่สำคัญ คือ การดูแลด้านจิตใจ จิตสังคม ร่วมกับการดูแลทางด้านร่างกาย เป้าหมายการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าจากกรณีศึกษาที่สำคัญคือ การสร้างความผูกพันในครอบครัว การยอมรับของครอบครัว และการปรับตัวต่อบทบาทมารดา

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มารดาหลังคลอด การพยาบาล กรณีศึกษา

*อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

***ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ E-mail: soianu@kku.ac.th Tel: 081-9658337



Nursing Care of Mothers with Postpartum Depression: A Case Study

Soiy Anusornteerakul Ph.D.*

Suphaphak Harnklar M.Ed.* Woranuch Chaiwan MN.S.*

Nongnuch Boonmala BN.S.* Passaporn Mokarat MN.S.*

(Received Date: April 5, 2022, Revised Date: June 19, 2022, Accepted Date: June 20, 2022)

Abstract

This article aims to present knowledge about postpartum depression and the nursing care of postpartum mothers with depression by reviewing the related literature and exploring experiences of nursing postpartum mothers. Postpartum depression is a mood disorder that is most commonly seen between 4-6 weeks after giving birth, and may occur as early as the 2-3 days after giving birth. The incidence varies with the duration, the postpartum evaluation period, the assessment tools and criteria employed, the characteristics of the samples, the participants' circumstances, and the place of assessment. The rates of postpartum depression range from 5.2 to 37.3 percent. Postpartum depression affects the lifestyle and quality of life of postpartum mothers and newborns and they are more likely to get sick and get treatment than normal mothers and newborns. Additionally, the mother's relationships with their newborns and family are negatively affected and there is an increase in the associated burden of care. The factors associated with postpartum depression include maternal, infant, social, environmental, and family factors. The most significant care needs for mothers with postpartum depression are receiving appropriate psychological and psychosocial care combined with the usual postpartum physical care. The primary goals of caring for postpartum mothers with depression are based on a presented case study were family bonding, family acceptance, and adaptation to maternal role are the desired outcomes.

Keywords: postpartum depression, postpartum mother, nursing care, case study

*Instructor, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus

***Corresponding author, E-mail: soianu@kku.ac.th Tel: 081-9658337



บทนำ

มารดาหลังคลอดจะมีอารมณ์แปรปรวน ไรต่อความรู้สึก โกรธง่าย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนหลังคลอด¹ อาการเหล่านี้เป็นภาวะปกติที่อาจยาวนานถึง 6-12 สัปดาห์² ความเหนื่อยล้าจากการคลอดและความกังวลที่ต้องปรับบทบาทหลังคลอด ทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียดด้านจิตใจได้มาก การปรับตัวและการเผชิญความเครียดในระยะหลังคลอด จึงเป็นสัญญาณที่สำคัญที่จะบ่งบอกได้ว่ามารดาหลังคลอดมีโอกาสดังกล่าวจะซึมเศร้าหลังคลอด³ นอกจากนี้ยังพบว่าความกลัวในระยะหลังคลอด ได้แก่ กลัวทารกผิดปกติ กลัวทารกเจ็บป่วย กลัวเลี้ยงดูทารกไม่ได้ กลัวไม่มีน้ำนม กลัวจะเป็นมารดาที่ดีไม่ได้ หรือการกลัวในสิ่งที่ตนเองไม่มีความรู้ ยังมีผลให้มารดาหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น⁴ มารดาหลังคลอดจึงต้องปรับตัวเพื่อเผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลให้มารดาหลังคลอดยิ่งต้องปรับตัวสูงขึ้น⁵ และมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่น ต้องการความรักความเอาใจใส่¹ หากไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ อาการแปรปรวนทางอารมณ์จะมีความรุนแรงขึ้น จนนำไปสู่ภาวะอาการซึมเศร้าหลังคลอดได้⁶ และมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นเวลานานอาจมีความรุนแรงมากขึ้น ไม่สามารถดูแลตนเองได้ จนนำไปสู่ปัญหาการเลี้ยงดูทารกและสัมพันธภาพในครอบครัว⁷ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและประสบการณ์ในการดูแลมารดาหลังคลอดจากกรณีศึกษาเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบมากในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอดและอาจเกิดขึ้นได้ในช่วง 2-3 วันหลังคลอด⁸⁻¹⁰ อุตบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความแตกต่างกันมากตามระยะเวลาที่ประเมิน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน กลุ่มตัวอย่าง สถานที่ และสถานการณ์ที่แตกต่างกัน¹¹⁻¹³ เช่น การศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ภายใน 72 ชั่วโมงหลังคลอด ในมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีความเครียดหลังคลอด ในโรงพยาบาลแก่งคอย สระบุรี ปี พ.ศ. 2561 โดยใช้แบบสอบถาม

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDs) ฉบับภาษาไทย ใช้จุดตัดที่ 11 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 13.8¹¹ การศึกษาในมารดา 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด ในโรงพยาบาลพังโคน สกลนคร ปี พ.ศ. 2564 โดยใช้แบบประเมิน EPDs ใช้จุดตัดที่ 11 คะแนนขึ้นไป เช่นเดียวกัน พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพียงร้อยละ 8.5¹² ส่วนการศึกษาในมารดาวัยรุ่น 12-19 ปีหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ในโรงพยาบาลขอนแก่น พัทลุง ปี พ.ศ. 2560 ด้วยแบบประเมิน EPDs โดยใช้จุดตัด 13 คะแนนขึ้นไปเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดถึงร้อยละ 37.3¹³ เนื่องจากในมารดาวัยรุ่นมีโอกาสเกิดความผิดปกติทางด้านอารมณ์ได้มากขึ้นและมากกว่ามารดาอื่น ๆ¹⁴⁻¹⁵ และการศึกษาในช่วง 4-6 หลังคลอด เป็นระยะที่พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มาก¹⁰ การศึกษาที่ใช้เครื่องมือต่างกัน เช่น การศึกษาในมารดา 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ในโรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2560 ก่อนมีการระบาดของโรคโควิด-19 โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระดับเล็กน้อยร้อยละ 5 ระดับปานกลางร้อยละ 0.2 และไม่พบระดับรุนแรง¹⁶ การศึกษาในโรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ. 2564 ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ด้วยแบบประเมิน 9Q ในมารดา 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระดับปานกลางถึงระดับมากร้อยละ 8.5 และไม่พบระดับรุนแรง¹² เช่นเดียวกัน

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีผลกระทบต่อมารดาหลังคลอด ทารก และครอบครัว ดังนี้

ผลกระทบต่อมารดาหลังคลอด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของมารดา ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มีความบกพร่องในการปฏิบัติตัว การปรับบทบาทและการปรับตัว ไม่สามารถดูแลตนเอง ไม่สามารถดูแลทารก ไม่สนใจทารก ปฏิเสธการดูแลทารก ปฏิเสธการให้นมแม่ สูญเสียความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ การตอบสนองทางอารมณ์เปลี่ยนแปลง เชื่องซึม ไม่สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม มีโอกาสเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะหลังคลอดมากกว่ามารดาทั่ว ๆ ไป^{7,17}



ผลกระทบต่อทารก ภาวะซีมเศร้าหลังคลอดมีผลกระทบต่อกระบวนการเจริญเติบโตของทารกแรกเกิด และความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก¹¹ มารดาที่มีภาวะซีมเศร้าหลังคลอดมีโอกาสทำร้ายทารก ทารกมีโอกาสได้รับนมแม่น้อยลงหรือไม่ได้รับเลย มีโอกาสเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าทารกทั่ว ๆ ไป¹⁸ และมีโอกาสน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ พัฒนาการไม่สมวัยทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์⁷ ในระยะแรกเกิดทารกจะร้องกวน มีปัญหาเรื่องการนอน ไม่สงบ ซึ่งมีผลต่อพัฒนาการด้านจิตใจและพัฒนาการทางสมองของทารกในระยะยาว ทารกที่เจริญเติบโตมาจากมารดาที่มีภาวะซีมเศร้า พบว่ามีพัฒนาการด้านจิตใจผิดปกติแบบจิตเภทในวัยผู้ใหญ่ได้ถึงร้อยละ 10-16.16¹⁷

ผลต่อครอบครัว มารดาที่มีภาวะซีมเศร้าหลังคลอดมีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างมาก โดยเฉพาะสามี ทำให้สามีและบุคคลในครอบครัวเกิดความเครียด ไม่มีความสุข รู้สึกอับอาย ส่งผลกระทบต่อการทำพหุบาทและหน้าที่ของบิดาและสมาชิกในครอบครัว และเกิดความเบื่อหน่าย และอาจมีทัศนคติหรือความรู้สึกทางลบต่อมารดาหลังคลอด ทำให้ครอบครัวเกิดความตึงเครียด สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง⁷ และมีโอกาสเกิดการหย่าร้างในครอบครัวได้ เพิ่มภาระแก่ครอบครัวในการดูแล เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแล และขาดรายได้ของครอบครัว อาจทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวมากขึ้น และทำให้สมาชิกครอบครัวมีภาวะซีมเศร้าได้ถึงร้อยละ 50 โดยเฉพาะสามีอาจมีภาวะซีมเศร้าได้นานถึง 3-6 เดือน¹⁹ และพบว่ามารดาหลังคลอดที่มีภาวะซีมเศร้าสามารถทำนายภาวะซีมเศร้าหลังคลอดของสามีได้ถึงร้อยละ 24-50¹⁹

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าหลังคลอด

การศึกษาที่ผ่านมามีปัจจัยหลัก 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอด ดังนี้

ปัจจัยด้านมารดา แบ่งออกเป็นปัญหาส่วนบุคคล ปัญหาสุขภาพจิตระหว่างการตั้งครรภ์ และปัญหาสุขภาพจิตหลังคลอด ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม สถานภาพสมรส จำนวนบุตร มารดาที่มีการศึกษาดำ จำนวนบุตรหลายคน ฐานะยากจน ไม่พร้อมที่จะมีบุตร หย่าร้าง ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ มารดาที่แต่งงานใหม่ มารดาครรภ์แรก มารดาวัยรุ่น พบว่ามีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางด้าน

อารมณ์และภาวะซีมเศร้าหลังคลอด^{14,20-21} ปัญหาสุขภาพจิตระหว่างการตั้งครรภ์ ได้แก่ มารดาตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มารดาที่มีความเครียด ความวิตกกังวลในระยะตั้งครรภ์ พบว่ามีโอกาสเกิดความผิดปกติทางด้านอารมณ์และภาวะซีมเศร้าหลังคลอดได้มากขึ้นและมากกว่ามารดาอื่น ๆ^{11,15,19,22} ปัญหาสุขภาพจิตหลังคลอด ได้แก่ ความเครียดหลังคลอด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่ามารดาหลังคลอดที่มีความเครียดสูงมีโอกาสเกิดภาวะซีมเศร้าเพิ่มขึ้น 7.13 เท่าของมารดาหลังคลอดที่มีความเครียดต่ำ มารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมีโอกาสเกิดภาวะซีมเศร้าเพิ่มขึ้น 5.59 เท่าของมารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง¹⁴

ปัจจัยด้านทารก มารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย จะเกิดความผิดปกติทางด้านอารมณ์และภาวะซีมเศร้าหลังคลอดได้มากขึ้น ความผิดปกติของทารกแรกเกิด ลักษณะทางคลินิกของทารกแรกเกิด พบว่าสามารถทำนายภาวะซีมเศร้าหลังคลอดได้^{1,20} การเจ็บป่วยของทารกแรกเกิด โดยเฉพาะทารกที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลจะเพิ่มความเครียด ความกลัวและความวิตกกังวลให้กับมารดาหลังคลอด ส่งผลให้มารดามีโอกาสเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอดได้มากขึ้น¹⁵

ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม¹⁵ และแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของมารดาหลังคลอด ได้แก่ สามี พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง แพทย์พยาบาล และเพื่อน เพราะในระยะหลังคลอดมารดาต้องการการดูแลและการช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะมารดาที่มีความผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อน ทารกมีความผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อน หากการดูแลและช่วยเหลือไม่เพียงพอและไม่เหมาะสม จะทำให้มารดาเกิดความเครียด ปรับตัวไม่ได้ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทำให้เกิดความผิดปกติด้านอารมณ์ และอาจเกิดภาวะซีมเศร้าหลังคลอด²³ นอกจากนั้น มารดาที่มีประวัติถูกทำร้ายทางเพศจะทำให้การคลอด² มารดาที่มีความรุนแรงในครอบครัว^{24,25} พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยด้านจิตใจและภาวะซีมเศร้าหลังคลอด^{11,26}

การประเมินภาวะซีมเศร้าหลังคลอด

มารดาหลังคลอดจำเป็นต้องได้รับการประเมินภาวะซีมเศร้าหลังคลอด พยาบาลและผู้ดูแลต้องเข้าใจความต้องการและปัญหาของมารดาหลังคลอด ที่ได้จากสิ่งต่อไปนี้



การรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้มารดาหลังคลอดเกิดภาวะซึมเศร้า โดยประเมินย้อนหลังตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด ควรใช้การซักประวัติ การสังเกตอาการและพฤติกรรม และการใช้แบบประเมินเพื่อค้นหาปัญหาด้านจิตสังคม ควรซักประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติส่วนตัวเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความต้องการความช่วยเหลือด้านจิตใจและอารมณ์ ต้องรวบรวมข้อมูลเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้มารดาหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้า พยาบาลต้องมีความจริงใจและเป็นผู้ฟังที่ดี ต้องรักษาความลับของมารดาหลังคลอดและครอบครัว เพราะช่วงเวลาดังกล่าวมารดาหลังคลอดมีจิตใจไม่มั่นคงและจะแสดงความรู้สึกอ่อนแอ ไม่แน่ใจในการแสดงบทบาทของความเป็นแม่ ดังนั้น ในขณะที่พยาบาลให้การดูแลมารดาหลังคลอดจะต้องคอยสังเกตอาการของภาวะซึมเศร้า เช่น อาการแสดงที่บ่งบอกถึงความวิตกกังวลหรือรู้สึกโกรธง่าย ไม่มีสมาธิ หลงลืมง่าย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย และร้องไห้ไม่ทราบสาเหตุ ไม่สนใจตนเองและทารก พยาบาลจะต้องฟังคำพูดของมารดาหลังคลอดที่จะบอกความรู้สึกถึงความล้มเหลวของตนเอง หรือตำหนิตนเอง ซึ่งถ้าประเมินพบความผิดปกติจะต้องประเมินความรุนแรงและช่วงระยะเวลาที่ปรากฏเห็นพฤติกรรม หรือคำพูดที่ผิดปกติของมารดาหลังคลอด พยาบาลจะต้องบันทึกไว้อย่างละเอียด เช่น พฤติกรรมที่จะทำร้ายตนเองหรือทารก จะต้องรีบบันทึกเพื่อนำไปสู่การวางแผนช่วยเหลือต่อไป

การประเมินความสามารถในการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา มารดาหลังคลอดจำนวนไม่น้อยที่ไม่สามารถปรับตัวได้ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากมีความเครียดในบทบาทจนนำไปสู่ปัญหาต่าง ๆ เช่น ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามความคาดหวังของสังคม เนื่องจากความสามารถน้อยกว่าบทบาท (Role incompetence) เกิดจากขาดความรู้ความเข้าใจ ทักษะไม่เพียงพอ ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ และมีความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) การรับบทบาทในหน้าที่ต่าง ๆ เช่น หน้าที่การงานหรือบางคนต้องศึกษาเล่าเรียน ต้องปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลบุตรหลายคน จึงเกิดความขัดแย้งในบทบาท พยาบาลควรประเมินมารดาหลังคลอดจากการรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้จากการซักประวัติ การสังเกตพฤติกรรมปรับตัว⁶ และการบอกเล่าถึงวิธีการจัดการกับบทบาทและปัญหา หากพบว่าพฤติกรรมและการปรับตัวไม่เหมาะสมพยาบาลต้องให้คำแนะนำคำปรึกษาและวางแผนการดูแลร่วมกับมารดาและครอบครัว

การประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้จากการอาการแสดง และพฤติกรรมของมารดาหลังคลอด ประเมินพฤติกรรมของมารดาที่มีต่อทารก เช่น การมองทารก การอุ้ม การสัมผัส ตลอดจนการสื่อสารพูดคุยกับทารก เพื่อดูว่ามารดามีความผูกพันกับทารกมากน้อยเพียงใด รวมทั้งปฏิกิริยาตอบสนองต่อผู้ที่เข้าไปให้ความช่วยเหลือ และการใช้แบบประเมิน แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในปัจจุบันที่นำมาใช้กันมาก ได้แก่ แบบประเมิน EPDS^{11,12} และ แบบประเมิน 9Q¹²⁻¹⁶ เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง (Self-report) เป็นข้อคำถามปลายปิด แบบมาตราส่วนประมาณค่า และใช้ประเมินความรู้สึกและอารมณ์ย้อนหลัง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบประเมิน EPDS มีข้อคำถาม 10 ข้อ มีมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (0-3 คะแนน) โดยใช้จุดตัดตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยง^{11,13,27} แบบประเมิน 9Q มีข้อคำถาม 9 ข้อ มีมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (0-3 คะแนน) แบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับน้อยมาก (<7 คะแนน) ระดับน้อย (7-12 คะแนน) ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) และระดับรุนแรง (≥19 คะแนน)^{12,16,27} การเลือกใช้แบบประเมินจึงขึ้นอยู่กับความต้องการในการแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดหรือไม่ และหากพบว่ามารดาหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไปควรส่งพบแพทย์²⁷

การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ในระยะหลังคลอดมารดาต้องการการดูแลและช่วยเหลือทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว²³ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด²⁸ จึงต้องประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว ความรุนแรงในครอบครัว และแรงสนับสนุนจากครอบครัว ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์และภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด พยาบาลต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินอาการและการเฝ้าระวังความผิดปกติทางด้านอารมณ์ของมารดาหลังคลอด¹⁵ ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวในการดูแลและการตอบสนองความต้องการของมารดาหลังคลอด หากการดูแลและการช่วยเหลือไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสม จะทำให้มารดาเกิดความเครียดและอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด²³ ครอบครัวต้องสามารถสังเกตและประเมินความผิดปกติเพื่อส่งต่อการรักษาได้รวดเร็ว



การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า

มารดาหลังคลอดทุกคนจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจอยู่แล้ว ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด โดยเฉพาะมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะยิ่งทวีความรุนแรง ทำให้มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ดังนั้นในการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า จึงต้องครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และการปรับตัว ซึ่งต้องให้การพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม สมาชิกในครอบครัวจึงต้องรู้และเข้าใจถึงภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด เพื่อให้การช่วยเหลือในระยะเวลาที่เร็วที่สุด⁸⁻¹⁰

การดูแลด้านร่างกาย มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือตัวเองและดูแลทารกไม่ได้^{7,17} พยาบาลจึงต้องประเมินความสามารถของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับการดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของตนเอง ให้การดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป และช่องคลอด การประเมินการหดตัวของมดลูก การป้องกันการตกเลือด การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลเต้านม การรับประทานอาหาร การกระตุ้นให้นมแม่ และช่วยเหลือในการให้นมแม่⁸⁻¹⁰

การดูแลด้านจิตใจ มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกอ่อนแอ จิตใจไม่มั่นคง ขาดความเชื่อมั่นและต้องการการพึ่งพา¹⁰ พยาบาลต้องให้ความสนใจต่อคำพูดของมารดา ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอด้วยความเต็มใจ เพื่อให้มารดาเกิดความไว้วางใจและบอกปัญหาความคับข้องใจของตนเอง กระตุ้นให้มารดาหลังคลอดระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจหรือข้อสงสัยต่าง ๆ โดยใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อการรักษา และควรใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้มารดาสื่อถึงความคิดความรู้สึกออกมาอย่างเต็มที่ แนะนำและส่งเสริมให้มารดาดูแลตนเองโดยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การผ่อนคลาย เป็นต้น ให้ความรู้กับมารดาหลังคลอดและครอบครัวเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เพื่อให้มารดาหลังคลอดและครอบครัวเข้าใจอาการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่เกิดขึ้นในระยะหลังคลอด แนะนำสามีและสมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและทารกด้วย เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มารดาเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ไม่ถูกทอดทิ้ง ในกรณีที่พบว่ามารดามีอาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้น เช่น มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า พยาบาลจะต้องรับรายงานแพทย์และดูแลอย่างใกล้ชิด และ

บอกสมาชิกในครอบครัวให้ช่วยดูแลมารดาอย่างใกล้ชิดร่วมกัน ไม่ปล่อยให้ย้อยู่ตามลำพัง⁸⁻¹⁰

การดูแลด้านจิตสังคม มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าจะแยกตัวเอง ไม่สนใจสิ่งแวดลอม และไม่ไว้วางใจบุคคล¹⁰ ควรจัดให้มารดาหลังคลอดเข้ากลุ่มทำกิจกรรมร่วมกับมารดา รายอื่น ๆ เช่น การเข้าฟังการสนทนาศึกษา การร่วมบริหารร่างกายหลังคลอด การอาบน้ำทารกพร้อมกับมารดาอื่น ๆ เป็นต้น แล้วประเมินความสามารถของมารดาในการร่วมกิจกรรมกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์กับมารดาอื่น ๆ ซึ่งการทำกลุ่มร่วมกับคนอื่นมารดาหลังคลอดจะมีโอกาสได้ช่วยเหลือประคับประคองซึ่งกันและกัน

การดูแลด้านการปรับตัว มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่สามารถปรับตัวและการปรับตัวได้ ขาดความสัมพันธ์กับบุคคล^{7,17} ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้¹⁰ พยาบาลควรสนทนากับมารดาหลังคลอดเพื่อช่วยเหลือมารดาหลังคลอดให้สามารถเรียงลำดับความสำคัญของสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียด เพื่อช่วยให้มารดาสามารถจัดระบบความคิดของตนเอง และสังเกตพฤติกรรม การแสดงออกของมารดาเมื่อเกิดภาวะเครียด ควบคุมกับคำบอกเล่าที่มารดาระบายออกมา ชักถามเกี่ยวกับวิธีการที่มารดาเคยใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือเมื่อเกิดความเครียดในอดีต และอธิบายให้มารดารู้จักกลวิธีต่าง ๆ ที่สามารถใช้ในการเผชิญปัญหาเพื่อให้มารดาสามารถเลือกนำไปใช้ได้ ให้กำลังใจและชี้ให้มารดาหลังคลอดเห็นจุดเด่น หรือจุดแข็งของตนเอง สำหรับนำมาใช้ในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น และแนะนำให้มารดาหลังคลอดฝึกวางแผนหาวิธีการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น กระตุ้นให้มารดาหลังคลอดแสวงหาแหล่งช่วยเหลือและยอมรับการช่วยเหลือจากผู้อื่น เพราะบางครั้งเหตุการณ์บางอย่างอาจไม่เป็นไปตามที่มารดาหลังคลอดคิดหรือคาดหวัง²⁶⁻²⁸ วางแผนหาวิธีการเผชิญกับความเครียดที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่น การช่วยเหลืองานบ้าน หรือช่วยดูแลทารก ตลอดจนการยอมรับและการช่วยเหลือตามปัญหาของมารดาหลังคลอด แนะนำแหล่งประโยชน์ที่มารดาและครอบครัวสามารถขอรับความช่วยเหลือได้ เมื่อเกิดปัญหาขณะกลับไปอยู่บ้าน เช่น ให้เบอร์โทรศัพท์ของโรงพยาบาลที่สามารถโทรมาขอคำปรึกษาได้เมื่อเกิดความผิดปกติขึ้นกับมารดาหรือทารก แนะนำโรงพยาบาลใกล้บ้านที่สามารถให้บริการได้ตลอดเวลา เป็นต้น²⁶⁻²⁸



กรณีศึกษาการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า

นางสาว ก (นามสมมติ) เป็นมารดาหลังคลอดอายุ 15 ปี เป็นลูกสาวคนเดียวในครอบครัว มารดาและบิดาทำงานในสถาบันการศึกษาเดียวกัน ครอบครัวมีฐานะดี เป็นที่นับหน้าถือตาในชุมชน นางสาว ก เป็นเด็กเรียบร้อย หน้าตาสวยงาม พูดจาไพเราะและเรียนเก่ง บิดามารดาจึงส่งไปเรียนในโรงเรียนจังหวัด เมื่อเรียนจบชั้นประถมปีที่ 6 ซึ่งขณะนั้นนางสาว ก อายุได้ 13 ปี ไปเรียนอยู่ในโรงเรียนสหศึกษาและอยู่หอพักสตรี กลับบ้านทุกเสาร์-อาทิตย์ โดยบิดามารดาจะขับรถไปรับไปส่ง บิดามารดามักจะชื่นชมนางสาว ก กับเพื่อนและคนในชุมชนเสมอ และนางสาว ก จะได้รับคำชมจากเพื่อนของบิดามารดาเสมอ ขณะที่เรียนอยู่มัธยม 2 นางสาว ก มีเพื่อนชายสนิทคนหนึ่งจากการแนะนำของเพื่อน และเริ่มไม่กลับบ้านในวันหยุด ในช่วงปิดเทอมก็ขอเรียนพิเศษ ซึ่งบิดามารดาก็ตามใจเพราะเห็นว่าเป็นเด็กดี นางสาว ก มีความสนิทสนมกับเพื่อนชายมากขึ้นจนกระทั่งมีเพศสัมพันธ์ ผลการเรียนเริ่มลดลง รูปร่างอวบขึ้น มารดาได้พยายามถาม นางสาว ก ก็บอกว่าเรียนยากขึ้นและเครียด เมื่อแน่ใจว่าตั้งครรภ์จึงได้บอกเพื่อนชาย เพื่อนชายบอกให้ไปทำแท้ง เพราะตนเองก็ยังเป็นนักเรียนอยู่เช่นกัน หลังจากนั้นเพื่อนชายก็ไม่ได้ติดต่อมาและนางสาว ก ก็ไม่สามารถติดต่อกับเพื่อนชายได้อีก นางสาว ก อายุไม่กล้าบอกใคร ไม่กล้าปรึกษาใครเรื่องทำแท้ง ไม่กล้าบอกบิดามารดา กลัวบิดามารดาเสียใจและรับไม่ได้ เพราะรู้ว่าบิดามารดาคาดหวังกับตนเองไว้มาก ในระหว่างตั้งครรภ์นางสาว ก ไปเรียนตามปกติ แต่ไม่เคยไปรับการฝากครรภ์ เมื่อเจ็บครรภ์มากเพื่อนที่หอพักจึงพาไปโรงพยาบาลและคลอดปกติ ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,550 กรัม ปกติ แข็งแรงดี หลังคลอดเพื่อนไม่ได้มาเยี่ยมนางสาว ก แต่เนื่องจากนางสาว ก ยังไม่บรรลุนิติภาวะ พยาบาลจึงให้ตามบิดามารดา นางสาว ก เบี่ยงบ่ายไม่ให้นามบิดามารดา เพราะรู้ว่าบิดามารดาคงรับไม่ได้ แต่ก็ต้องยอมให้พยาบาลตามบิดามารดาตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล บิดาโกรธมาก รับไม่ได้จึงไม่มาโรงพยาบาล มารดามาคคนเดียว เมื่อมาถึงนางสาว ก และมารดาอดกันและร้องไห้ แต่ไม่ตอบคำถามใด ๆ ร้องให้ตลอดเวลา บิดาบอกว่าไม่ให้พานางสาว ก และทารกกลับบ้าน ให้ตัดความสัมพันธ์พ่อลูก นางสาว ก ปฏิเสธการให้นมแม่ ไม่สนใจทารก พยาบาลและ

มารดาต้องช่วยในการให้นมแม่ทุกครั้ง มารดาจะอยู่ดูแลนางสาว ก และทารกตลอดเวลา หลังคลอดวันที่ 3 บิดามาโรงพยาบาล เมื่อมาถึงบิดาได้เข้าไปตบหน้านางสาว ก ทั้งตาและตอว่า พร้อมกับต่อว่าภรรยาที่เลี้ยงลูกไม่ดี และยื่นคำขาดไม่ให้กลับเข้าบ้าน จากนั้น บิดาก็กลับไปและไม่มาอีกเลย นางสาว ก ยังไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เนื่องจากอาการยังไม่ขึ้นดี นางสาว ก ปฏิเสธการดูแลทุกอย่าง ปฏิเสธยาและอาหาร ไม่สนใจตนเอง ไม่ตอบคำถาม และร้องไห้เป็นระยะ ๆ ตรวจร่างกายในวันที่ 3 หลังคลอด มดลูกหดตัวดี อยู่ระดับสะดือ น้ำคาวปลาสีแดงคล้ำ เริ่มมีกลิ่นเหม็นเล็กน้อย สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ แพทย์ไม่ได้ให้ยาฆ่าเชื้อ พยาบาลจึงต้องเน้นเรื่องความสะอาดบริเวณช่องคลอด เปลี่ยนผ้าอนามัยให้บ่อยขึ้น โดยพูดคุยเพื่อให้นางสาว ก ให้ความร่วมมือ เต้านมเริ่มคัดตึง หน้าตาอิดโรย ตาเหม่อลอย ไม่สนใจคำถาม ตอบคำถามบางครั้ง

การวิเคราะห์กรณีศึกษา จากกรณีศึกษา พบว่านางสาว ก มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งเป็นความผิดปกติทางด้านอารมณ์และจิตสังคม จากอาการที่แสดงให้เห็นได้แก่ ร้องไห้ไม่หยุด ไม่สนใจตัวเอง ไม่สนใจทารก ปฏิเสธการดูแลทุกอย่าง ไม่ตอบคำถาม สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าของนางสาว ก คือ 1) การตั้งครรภ์ในวัยเรียน ซึ่งนางสาว ก รู้ว่าเป็นเรื่องที่สังคมไม่ยอมรับ เป็นเรื่องน่าอับอาย และเก็บกดไว้คนเดียว ไม่ปรึกษาใคร ทำให้รู้สึกว้าวนที่พึ่งตลอดการตั้งครรภ์ 2) ขาดการยอมรับจากฝ่ายชาย การตั้งครรภ์ในวัยเรียนเป็นภาวะวิกฤตและเกิดวิกฤติซ้ำซ้อนเมื่อถูกฝ่ายชายปฏิเสธ ขาดที่พึ่ง ขาดที่ปรึกษา 3) กลัวครอบครัวไม่ยอมรับ เพราะรู้ว่าบิดามารดาคาดหวังในตัวเองสูงมากและเป็นลูกสาวคนเดียว การเกิดภาวะซึมเศร้าของนางสาว ก เกิดขึ้นในระยะหลังคลอดทันทีเนื่องจากมีสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยที่ทับซ้อน (Pile up) นางสาว ก มีความเครียดสะสมตั้งแต่ในระหว่างตั้งครรภ์และไม่ได้รับการแก้ไข

ปัญหาทางการพยาบาลของนางสาว ก ที่ต้องได้รับการดูแล ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเรื้อรังและโรคจิตหลังคลอด จากข้อมูลสนับสนุนที่พบว่าตั้งครรภ์และมิบุตรในวัยเรียน ฝ่ายชายไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ ร้องไห้ตลอดเวลา ไม่สนใจตนเอง ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ไม่สนใจตนเองและทารกในครรภ์



ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา บิดาไม่ยอมรับและไม่ให้กลับเข้าบ้าน 2) ครอบครัวสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง จากข้อมูลสนับสนุนที่พบว่า บิดามารดามีบทบาทและหน้าที่ที่เป็นที่ยอมรับในสังคม นางสาว ก และครอบครัวได้รับการชื่นชมจากสังคม บิดามารดาคาดหวังต่อนางสาว ก มาก บิดาตำหนิมารดาว่าเลี้ยงลูกไม่ดี 3) ความสัมพันธ์ในครอบครัวบกพร่อง จากข้อมูลสนับสนุนที่พบว่าบิดาโกรธมารดาและโกรธนางสาว ก มาก บิดาตบหน้านางสาว ก และไม่ยอมรับนางสาว ก และทารก บิดาตัดขาดความสัมพันธ์ บิดาไม่ให้กลับเข้าบ้าน

การพยาบาลนางสาว ก ที่สำคัญคือ การดูแลทางด้านจิตใจและจิตสังคม ซึ่งเป็นเรื่องที่จะยืดหยุ่นมาก ในขณะที่เดียวกันก็ต้องให้การพยาบาลด้านร่างกายให้ครอบคลุมตามมาตรฐานการดูแลมารดาหลังคลอด เป้าหมายสำคัญในการพยาบาลมารดาหลังคลอดรายนี้คือ การประคับประคองทางด้านจิตใจ การสร้างความผูกพันในครอบครัว และการยอมรับของครอบครัว การพยาบาลมารดาหลังคลอดรายนี้ต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัว นางสาว ก และทารก ได้รับการดูแลจากมารดาอย่างอบอุ่นและใกล้ชิดตลอดเวลา ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางร่างกายและจิตใจที่ดี พยาบาลรายงานสูติแพทย์และประสานงานกับจิตแพทย์และนักจิตวิทยา หลังให้การพยาบาล นางสาว ก มีอาการดีขึ้นตามลำดับ ในวันที่ 4 หลังคลอด นางสาว ก เริ่มให้ความร่วมมือในการดูแล เช่น การทำความสะอาดช่องคลอด การอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า การดูแลสุขภาพปากและฟัน และร่างกายทั่ว ๆ ไป เริ่มรับประทานอาหารเอง และอุ้มทารกให้นมแม่เองในช่วงสั้น ๆ เข้าร่วมกิจกรรมการสอนสุขศึกษาการปฏิบัติตัวหลังคลอด การให้นมแม่ การอาบน้ำทารก การบริหารร่างกายร่วมกับมารดาอื่น ๆ ได้ นักจิตวิทยาได้มาพูดคุยกับนางสาว ก และมารดาทุกวันเพื่อแผนกหลังคลอด นางสาว ก มีอาการดีขึ้นตามลำดับ โดยไม่ต้องพึ่งยารักษาภาวะซึมเศร้า โดยพยาบาลและนักจิตวิทยาได้ร่วมกันพูดคุยกับนางสาว ก และมารดาทุกครั้ง ในวันที่ 5-6 หลังคลอด นางสาว ก ช่วยเหลือตัวเอง พูดคุยตอบโต้กับพยาบาล และมีรอยยิ้มบ้างเป็นบางครั้ง ในขณะที่เดียวกันก็มีน้ำตาไหล ร้องไห้บ้าง มารดาจะอยู่ด้วยและคอยดูแลช่วยเหลือตลอดตั้งแต่หลังคลอด

ในระหว่างการดูแลพยาบาลได้ขอพูดคุยกับบิดาทางโทรศัพท์ ครั้งแรกบิดาปฏิเสธ หลังจากนั้นบิดายอมพูดคุยและยอมเข้าพบนักจิตวิทยาและจิตแพทย์ในวันที่ 4 หลังคลอด

แต่ยังไม่ยอมรับและยังไม่มาเยี่ยมนางสาว ก ในวันที่ 7 หลังคลอด จิตแพทย์นัดนางสาว ก บิดา มารดา ครอบครัว ได้พบกัน เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกับบิดามารดาให้การยอมรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ครอบครัวมีกิจกรรมร่วมกับสังคมและชุมชนตามปกติและตอบคำถามของสังคมตามความเป็นจริง บิดามีท่าทีอ่อนลง มองนางสาว ก ด้วยสายตาสื่อโยน นางสาว ก และมารดาร้องไห้ นางสาว ก เข้าไปกอดบิดา บิดาโอบกอดและน้ำตาไหล หลังจากครอบครัวได้พูดคุยกับจิตแพทย์ นางสาว ก และมารดาได้กลับไปหาลูกป่วยหลังคลอด ส่วนบิดาได้เดินทางกลับบ้านแต่ก็ยังไม่ได้มาเยี่ยมนางสาว ก ที่โรงพยาบาล จิตแพทย์ได้นัดครอบครัวมาพูดคุยกันอีกครั้งในวันที่ 10 หลังคลอด ในวันที่ 10 หลังคลอด บิดา มารดา นางสาว ก มาพบจิตแพทย์ นักจิตวิทยาและพยาบาลตามนัด บิดามองนางสาว ก ด้วยสายตาสื่อโยน เมื่อพบกันทุกคนยังร้องไห้ นางสาว ก ได้ลงกราบเท้าบิดา บิดาลูบศีรษะแล้วพูดว่า “พลาดแล้วก็ปรับตัวใหม่ อยู่ด้วยกันที่บ้าน” จากการพยาบาลนางสาว ก ขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วยหลังคลอดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและดูแลร่วมกับจิตแพทย์และนักจิตวิทยาเป็นระยะ ๆ จนกระทั่งครอบครัวยอมรับ บิดายอมรับให้นางสาว ก และทารกกลับบ้าน ในวันที่ 14 หลังคลอด นางสาว ก มีหน้าตาสดชื่น รับประทานอาหารได้ดี ช่วยเหลือตัวเองได้ดี มดลูกหดรัดตัวดีคล้ำไม่พบทางหน้าท้อง ไม่มีน้ำคาวปลา น้ำนมไหลดี หัวนมปกติ อุ้มทารกและให้นมแม่ได้ดี ทารกปกติ แข็งแรงดี น้ำหนักเพิ่มขึ้นเป็น 2,580 กรัม แพทย์ได้จำหน่ายผู้คลอดออกจากโรงพยาบาล ก่อนจำหน่ายพยาบาลได้ให้คำแนะนำนางสาว ก และมารดาเรื่องการมาตรวจหลังคลอดตามนัด การมาพบนักจิตวิทยาตามนัด เน้นย้ำเรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอด การให้นมแม่ การบีบเก็บน้ำนม การวางแผนให้นางสาว ก เรียนต่อ นั้น เนื่องจากบิดามารดาทำงานในสถาบันการศึกษาจึงเข้าใจและพร้อมที่จะให้นางสาว ก เรียนต่อและจะวางแผนการเลี้ยงทารกต่อไปได้

สรุป

ระยะหลังคลอดถือว่ามีความเปราะบาง และมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าช่วงชีวิตอื่น ๆ ของมารดา โดยเฉพาะมารดาวัยรุ่น มารดาที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากขึ้น การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า



จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากมารดาหลังคลอด ครอบครัวและผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง การพยาบาลมารดาหลังคลอดกรณีศึกษาครั้งนี้ทางด้านร่างกายนั้นได้ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลมารดาหลังคลอด การดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป การดูแลความสุขสบาย การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติ การป้องกันการตกเลือด การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลทางด้านจิตใจนั้นได้ประเมินอาการและพฤติกรรมของนางสาว ก และรายงานแพทย์ที่เกี่ยวข้องให้รวดเร็ว กระตุ้นให้ปฏิบัติตามมาให้เข้าใจถึงอารมณ์ ความรู้สึกและภาวะซึมเศร้าของนางสาว ก อธิบายให้เข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้นางสาว ก มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้การช่วยเหลือร่วมกันที่เร็วที่สุด การเข้าร่วมให้คำปรึกษากับจิตแพทย์และนักจิตวิทยา เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยหลังคลอด ทางด้านจิตสังคมได้กระตุ้นให้นางสาว ก เข้ากลุ่มทำกิจกรรมร่วมกับมารดาหลังคลอดรายอื่น ๆ จากการให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดรายนี้ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ทำให้เห็นว่าการที่นางสาว ก ได้รับการดูแลด้วยความรัก ความห่วงใย ความเมตตาและเอื้ออาทรอย่างใกล้ชิดจากมารดา และได้รับการดูแลจากพยาบาล นักจิตวิทยา และแพทย์ ด้วยความจริงใจและใส่ใจ โดยเฉพาะการได้รับการยอมรับจากครอบครัวทำให้นางสาว ก มีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

References

- Lowdermilk D, Perry S, Cashion K. Maternal and women's health care. 10th ed. USA: Elsevier; 2012.
- Marshall JE, Raynor MD. Myles textbook of midwives. 17th ed. Poland: Elsevier; 2020.
- Giallo R, Saymour M, Dunning M, Cooklin A, Loutzenhise L, McAuslom P. Factors associated with the course of maternal fatigue across the early postpartum period. J Reprod Infant Psychol 2015; 33(5): 528-44.
- Hassanzadeh R, Abbas-Alizadeh F, Meeda S, Alizadeh-Charandabi SM, Mirghafourvand M. Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes. BMC Women's Health 2020; 20(180): 1-8.
- Srisawad K, Panyapinitnukul C, Sonnark N. Health Promoting Behavior in Pregnancy. Songklanagarind Journal of Nursing 2018; 38(2): 95-109.
- Drake E, White MS. Postpartum adaptations and nursing care. In Murray S, Mckinney E, Holub KS, Jones R. (eds). Foundations of maternal-newborn and women's health nursing. 7th ed. St. Louis Missouri: Elsevier; 2019. pp. 458-64.
- Gulamani SS, Premji SS, Kanji Z, Azam ZI. A Review of postpartum depression, preterm birth, and culture. J Neonatal Nurs 2013; 27(1): 52-9.
- Prechon K. Postpartum depression: prevention and care. Thai Red Cross Nursing Journal 2016; 9(2): 24-35.
- Callahan TL. Tarascon's OB/GYN pocketbook. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2016.
- Ricci SS. Essentials of maternity newborn and women's health nursing. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
- Kittichotiwat W. Prevalence and factors associated with postpartum depression at Kaeng Khoi Hospital. Saraburi Province. J DMS 2018; 43(5): 125-30.
- Anusornteerakul S, Ounkaew A, Harnklar S, Sitthi K, Boornasun T, Chaiwan W. Prevalence of Postpartum Depression During the Outbreak Situation of Coronavirus 19. Journal of Nursing and Health Care 2022; 40(1): 94-101.
- Duang-iad K. Prevalence of postpartum depression in adolescent mothers at Khuan Khanun Hospital. J Med Syst 2018; 31(3): 457-64.
- Lertsakornsiri M, Boonyanurut P, Deoisres W, Hisako K. Relationship between stress, social support, self-esteem and depression in postpartum mothers. Thai J Nurs 2012; 61(3): 1-8.
- Rogers CE, Kidokoro H, Wallendorf M, Inder TE. Identifying mothers of very preterm infants at-risk for postpartum depression and anxiety before discharge. J Perinatol 2013; 33(3): 171-6.



16. Phumek S, Kovavisarat E, Kuanphakul M, Sangpitak W. Factors predicting depression of postpartum mothers who come to Rajavithi Hospital. *J Nurs Healthc Res* 2019; 35(3): 158-70.
17. Sriarporn P, Suntornlimsiri N, Juntratit K, Deeluea J, Nunchai J, Khiakham P. Factors of related to postpartum depression among first time mother and father. *J Nurs* 2015; 42(3): 37-50.
18. Figueiredo B, Canário C, Field T. Breast feeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med* 2014; 44(05): 927-36.
19. Freeley N, Bell L, Hayton B, Zekowitz P, Carrier ME. Care for postpartum depression: what do women and their partners prefer? *Perspect Psychiatr Care* 2016; 52(2): 120-30.
20. Bang KS, Kang HJ, Kwon MK. Relations of postpartum depression with socio-demographic and clinical characteristics of preterm infants and mothers. *Child Health Nurs Res* 2015; 21(1): 1-10.
21. Alkozei A, McMahon E, Lahav A. Stress levels and depressive symptoms in NICU mothers in the postpartum period. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2014; 27(17): 1738-43.
22. Kiruthiga V. Emotive whims distressing pregnant women. *Int J Eng Sci Technol* 2017; 4(8): 2194-6.
23. Reid KM, Taylor MG. Social support, stress, and maternal postpartum depression: a comparison of supportive relationships. *Soc Sci Res* 2015; 54: 246-62. doi: 10.1016/j.ssresearch.2015.08.009.
24. Cook N, Ayers S, Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: a systematic review. *J Affect Disord* 2018; 225: 18-31.
25. de Groaff LF, Honig A, van Pampus MG, Stramroods CA. Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth birth experience: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2018; 97(6): 648-56.
26. Ferrari G, Agnew-Davies R, Bailey J, Howard L, Howarth E, Peters JT, Sardinha L, Feder GS. Domestic violence and mental health: a cross sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Glob Health Action* 2016; 8(9): 29890. doi: 10.3402/gha.v9.29890
27. Department of Health, Ministry of Public Health. Maternal and Child Health Diary. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2020.
28. Nuanchawee W, Kasiphon T, Nateethanasombat K. The prevalence of postpartum depression and factors predicting depression in postpartum mothers. *HCU Journal* 2018; 21(42): 65-77.