



กรมสุขภาพจิต
สถาบันราชานุกูล



รายงานการวิจัยเรื่อง

การพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
โดยอาสาสมัครสาธารณสุข : การวิจัยนำร่อง

Development of Intervention Program for Postpartum Depression
by Health Volunteer: A pilot study

โดย

แพทย์หญิงชดาพิมพ์

แพทย์หญิงวีราณี

นางจรรุวรรณ

นางทิพย์เมธี

นางสาวณัฐฐาพร

เผ่าสวัสต์

เจริญวงศ์ศักดิ์

ประดา

เมฆพันธุ์นารถ

พันธ์โยธี

สนับสนุนโดย

สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

มีนาคม 2564

รายงานการวิจัยเรื่อง

การพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัคร
สาธารณสุข : การวิจัยนำร่อง

Development of Intervention program for Postpartum Depression by
Health Volunteer: A pilot study

โดย

แพทย์หญิงชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์
แพทย์หญิงวิราณี เจริญวงศ์ศักดิ์
นางจรรุวรรณ ประดา
นางทิพย์เมธี เมฆพันธุ์นารถ
นางสาวณัฐราพร พันธุ์โยธี

สนับสนุนโดย

สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

เผยแพร่ : มีนาคม 2564

คำนำ

รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยอาสาสมัครสาธารณสุข : การวิจัยนําร่องได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) การวิจัยนี้เป็นเป็นการวิจัยประเภทการพัฒนาทดลอง (Experimental Development) ดำเนินการเก็บข้อมูลในจังหวัดนําร่อง 1 จังหวัด ในช่วงเดือนมกราคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข และทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยการสนับสนุนจากบุคลากรและหน่วยงานที่หลากหลาย คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนในการสนับสนุนให้งานวิจัยนี้สำเร็จไปด้วยดี โดยเฉพาะคณะผู้วิจัยภาคสนามในจังหวัดสกลนคร และคณะผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยนี้จะมีประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลแม่หลังคลอด และการดูแลแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของประเทศไทยต่อไปในอนาคต

คณะผู้วิจัย
สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากแพทย์หญิงมธุรดา สุวรรณโพธิ์ ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล ที่ไว้วางใจและเปิดโอกาสให้คณะผู้วิจัยได้ดำเนินโครงการวิจัยครั้งนี้ตลอดจนให้คำปรึกษาแนะนำในการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการวิจัย คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ คุณวนิดา ชนินทุยทรวงศ์ นักจิตวิทยาเชี่ยวชาญ ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการดำเนินงานวิจัยด้วยความเมตตาเสมอมาจนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณ คุณสุภาณี กิตติสารพงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ และบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ที่ให้ความกรุณาในการตอบรับให้คณะผู้วิจัยดำเนินโครงการวิจัยในครั้งนี้ เป็นกำลังหลักสำคัญในการบริหารจัดการคัดเลือกอำเภอกุ่มเป้าหมาย และอำนวยความสะดวกคณะผู้วิจัยนำเครื่องมือลงไปทดลองในพื้นที่ ตลอดจนประสานงานติดต่อให้มีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ในการใช้คู่มือแม่ชีมเศร้าหลังคลอด และให้การดูแลเป็นอย่างดีจนกระทั่งคณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยเป็นไปด้วยความราบรื่นและบรรลุตามเป้าหมาย

สุดท้ายงานวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จล่วงไม่ได้เลย หากไม่มีทีมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำคู่มือโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ที่ผ่านการอบรมเรียนรู้การใช้โปรแกรมฯ และฝึกปฏิบัติด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจ จนสามารถนำไปใช้ในการดูแลช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ครบตามโปรแกรม รวมทั้งแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและบุตรซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือและเปิดโอกาสให้ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เข้าไปดูแลจนมีสุขภาพจิตดีขึ้น นับเป็นผลลัพธ์การดำเนินงานที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่า คณะผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต

การพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยอาสาสมัครสาธารณสุข : การวิจัยนำร่อง

ผู้นิพนธ์ ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์, พ.บ., วีราณี เจริญวงศ์ศักดิ์, พ.บ.,
จารุวรรณ ประดา, พย.ม., ทิพย์เมธี เมฆพันธุ์นารถ, พย.บ., ณัฐพร พันธุ์โยธี, บธ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข 2. เพื่อศึกษาผลการทดลองใช้โปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยอาสาสมัครสาธารณสุข

วิธีการศึกษา: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเภทการพัฒนาทดลอง (Experimental development) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะของการทบทวนวรรณกรรม และพัฒนาโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ระยะที่ 2 ทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเก็บข้อมูลในแม่หลังคลอดไม่เกิน 6 สัปดาห์ที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทย ≥ 10 จำนวน 23 คน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยค่าสถิติ Wilcoxon signed-rank test

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 คน อายุเฉลี่ย 28.5 ± 7.3 ปี ได้รับการช่วยเหลือตามโปรแกรมครบ 5 ครั้งจำนวน 21 คน (ร้อยละ 91.3) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการช่วยเหลือตามโปรแกรมครบ 5 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ย EPDS ลดลง 8.24 คะแนน จากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 11.76 คะแนนเป็น 3.52 คะแนนภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

สรุป: กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุขครบ 5 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ โปรแกรม, ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด, EPDS

Development of Intervention program for Postpartum Depression by Health Volunteer: A pilot study

Authors Chadapim Phoasavasdi, M.D., Weeranee Charoenwongsak, M.D.,
Jaruwan Prada, M.N.S., Tipmaytee Makphanthunart, B.N.S., Nattaporn Panyotee, B.B.A.*

Abstract

Objective: To develop a psychoeducational intervention program for postpartum depression that can be delivered by healthcare volunteers and to examine its' effectiveness in the real community setting

Methods: This experimental development study consisted of 2 stages. The first stage was to review literature related to postpartum depression, particularly treatment, and use this knowledge to develop a psychoeducational intervention program for postpartum depression that can be delivered by community volunteers. The second stage was to examine the program's effectiveness in the community setting by implementing it in Sakon Nakhon, Thailand. The participants were mothers who recently delivered their baby with a maximum of 6 weeks postpartum and suffered from postpartum depression as demonstrated by a score of ≥ 10 on Thai version of Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS). After the intervention, the participants were once again assessed by the Thai version of EPDS. The Wilcoxon signed-rank test was used to examine the effectiveness of the intervention in reducing EPDS scores.

Results: A total of 23 participants recruited into the study with an average age of 28.5 ± 7.3 years old. 21 participants (91.3%) completed the intervention program by attending all 5 sessions of the program. Post-intervention EPDS scores of participants who completed the program were statistically significantly lower than the pre-intervention EPDS score ($p < 0.05$) with an average reduction of 8.24 (from pre-intervention of 11.76 to post-intervention 3.52).

Conclusion: Participants who completed the intervention program by attending all 5 sessions had a statistically significant reduction in EPDS score, suggesting the intervention is effective in reducing postpartum depression symptoms.

Keywords: Psychoeducation intervention program, postpartum depression, EPDS

บทสรุปผู้บริหารและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Maternal Depression) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่งของปัญหาพัฒนาการช้าในเด็ก ในประเทศที่กำลังพัฒนามีอุบัติการณ์ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 20 และในประเทศไทยพบความชุกร้อยละ 9.5 – 25 ในปัจจุบันการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร่ายังไม่เกิดการคัดกรอง ส่งต่อ ดูแลรักษาฟื้นฟูอย่างเป็นระบบ โครงการวิจัยนี้จึงมีแนวคิดนำโปรแกรมการดูแลแม่หลังคลอดที่พัฒนาโดย WHO ที่ชื่อ “Thinking healthy” ซึ่งมีลักษณะ Home-based intervention ดำเนินการเยี่ยมบ้านและให้การบำบัดแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยพยาบาลวิชาชีพระดับโรงพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการช่วยเหลือตั้งแต่ 6 สัปดาห์หลังคลอด ถึง 6 เดือนหลังคลอด โดยได้นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลแม่ซึมเศร้าหลังคลอดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมทั้งมีการปรับเนื้อหาให้มีความเหมาะสมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งไม่มีพื้นฐานความรู้ทางสุขภาพจิต โดยวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแม่ซึมเศร้าหลังคลอดที่เป็นการดูแลในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มเป้าหมายเป็นมารดาที่มีผลคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอยู่ที่ 10-14 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระดับปานกลาง) และได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลแม่ซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในลักษณะการติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 5 ครั้ง ระยะเวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์ วัดผลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด และนำคะแนน จากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมาเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรม พบว่าแม่ที่เข้าโปรแกรมมีคะแนนจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดลดลง จึงสรุปว่าโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ซึมเศร้าหลังคลอดช่วยลดอารมณ์ซึมเศร้าได้ในกลุ่มแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่มีพื้นฐานความรู้ทางสุขภาพจิตสามารถดำเนินการเยี่ยมบ้านและให้ความช่วยเหลือดูแลแม่ได้ตามโปรแกรม เป็นการช่วยแบ่งเบาภาระงานจากบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุขในการติดตามดูแลสุขภาพจิตแม่หลังคลอด ซึ่งโปรแกรมการดูแลแม่หลังคลอดนี้เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งที่แสดงถึงศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจของคนในชุมชนของตนเอง โครงการนี้สามารถนำไปขยายผลในการอบรมให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และสามารถนำไปเชื่อมต่อกับแนวทางการดูแลสุขภาพแม่หลังคลอดในระบบปกติ เพื่อพัฒนาแนวทางการคัดกรองและช่วยเหลือแม่ซึมเศร้าหลังคลอดอย่างเป็นรูปธรรมในระดับประเทศต่อไป

ข้อค้นพบสำคัญ

1. ความซุกซนของแม่เศร้าหลังคลอดจากการศึกษานี้น้อยกว่าความซุกซนจากการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมา จากการคัดกรองแม่หลังคลอด ในจังหวัดสกลนครเพื่อค้นหากลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมิน EPDS พบแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 4.74 ซึ่งต่ำกว่าความซุกซนของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในต่างประเทศ ที่พบว่าแม่หลังคลอดมีความซุกซนของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 13 และความซุกซนของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีความซุกซนของการเกิดภาวะซึมเศร้าในแม่หลังคลอดถึงร้อยละ 20 และต่ำกว่าความซุกซนของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในประเทศไทยที่เคยทำการสำรวจไว้คือร้อยละ 9.5-25

2. แม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในระดับปานกลาง (คะแนนจากแบบประเมิน EPDS 10-14 คะแนน) เมื่อเข้าโปรแกรมการดูแลช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุขครบ 5 ครั้ง ระยะเวลา 10 สัปดาห์ มีภาวะซึมเศร้าลดลงโดยติดตามจากคะแนนจากแบบประเมิน EPDS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (pre-test mean score = 11.76, SD 1.67 / post-test mean score 3.52, SD 3.59 p value = 0.00)

3. ในการวิจัยนี้ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดีขึ้นของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (ค่าคะแนน EPDS ลดลง) ในแม่ที่เข้าโปรแกรมการดูแลช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (ในโครงการนี้ หาความสัมพันธ์จากข้อมูลพื้นฐานของมารดา เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการถูกล่วงละเมิด ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช)

4. โปรแกรมการดูแลช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข มีการปรับปรุงจากโปรแกรมการดูแลช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยพยาบาล ให้มีความเหมาะสมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งไม่มีพื้นฐานความรู้ทางด้านการให้คำปรึกษาและการทำจิตบำบัด เนื้อหาของโปรแกรมฯ จะเป็นการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 5 ครั้ง โดยประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนและหลัง จำนวน 2 ครั้ง และเป็นโปรแกรมการให้ความรู้ 3 ครั้ง ตามโครงสร้างของเนื้อหาในการให้ความรู้ในแต่ละครั้ง หลังจากอบรม ให้ความรู้แล้ว จะมีการประเมินอารมณ์ของแม่ด้วยไม้บรรทัดวัดอารมณ์ การค้นหาความคิดลบที่ส่งผลต่ออารมณ์ การเชื่อมโยงอารมณ์กับความคิดที่เป็นสาเหตุของอารมณ์นั้นๆ และการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อนำไปสู่อารมณ์ที่ดีขึ้น รวมถึงการวางเป้าหมายที่เป็นรูปธรรมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงพฤติกรรม กิจกรรมส่วนนี้คือองค์ประกอบที่มีพื้นฐานมาจากการทำจิตบำบัดแบบ Cognitive Behavior Therapy (CBT) ทั้งสิ้น ถ้าผู้ใช้ไม่มีพื้นฐานความรู้ทางการให้คำปรึกษาและการทำจิตบำบัดมาบ้าง อาจมีความยากลำบากในการนำไปใช้ คณะผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงแบบตารางการลงข้อมูล ข้อความ และคำถามที่ใช้ในคู่มือให้มีความง่ายสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข และปรับปรุงแบบการอบรมดังนี้

4.1 จัดรูปแบบคู่มือให้อ่านง่าย เป็นขั้นตอนชัดเจน สามารถอ่านและทำได้ตามขั้นตอนตามลำดับขั้นที่เรียงไว้แล้ว

4.2 คู่มือมีสัดส่วนภาพประกอบต่อเนื่องหากทำให้อสม.และแม่หลังคลอดเข้าใจง่าย

4.3 การบรรยายเนื้อหาในภาพรวมของโปรแกรม ร่วมกับการแสดงการสัมภาษณ์ของวิทยากรในการอบรมการใช้โปรแกรมในทุกโมดูล ทำให้ อสม. เห็นตัวอย่างจริงส่งผลให้สามารถมองเห็นภาพในสถานการณ์การลงเยี่ยมบ้านได้อย่างชัดเจน

4.4 การจัดให้มีการแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติในการอบรมการใช้โปรแกรมระหว่าง อสม. พื้นที่เดียวกัน และมีพยาบาลในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงประจำกลุ่มร่วมกับคณะผู้วิจัย ทำให้ อสม.เกิดความคุ้นชินกับคำถามที่ใช้ในขณะลงเยี่ยมบ้าน และได้ฝึกการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเมื่อเจอคำตอบหรือคำถามหลายรูปแบบ

5. จากการออกแบบการอบรมดังกล่าวส่งผลต่อการการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ในการใช้โปรแกรมการดูแลช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ดังนี้ ในส่วนคะแนนภาคทฤษฎี อสม. ผ่านเกณฑ์ประเมินผล (ร้อยละ 60) ทั้งหมด 74 คน (ร้อยละ 90.24) และผ่านเกณฑ์ประเมินภาคปฏิบัติ (ร้อยละ 60) ทั้งหมด 71 คน (ร้อยละ 82.55)

6.จากการนิเทศติดตามหลังจากเก็บข้อมูลครบถ้วน พบว่า

6.1 อสม. มีความมั่นใจในการนำโปรแกรมไปใช้กับแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แต่ยังไม่มีความมั่นใจในส่วนของการปรับเปลี่ยนความคิด และการวางแผนกำหนดเป้าหมาย อสม. ต้องการให้มีการอบรมพื้นฐานการให้คำปรึกษาเพิ่มเติมแก่ อสม

6.2 คุณสมบัติของ อสม. ที่เหมาะกับการนำโปรแกรมไปใช้ ได้แก่

6.2.1 อสม. ที่มีความรู้เฉพาะด้านแม่และเด็ก

6.2.2 อสม. ที่มีความรู้เรื่องการดูแลมารดาหลังคลอดแผนปัจจุบัน มีประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านแม่หลังคลอด

6.2.3 อสม. ที่มีอัธยาศัยดี มีบุคลิกเป็นกันเอง

6.2.4 อสม. ที่อยู่ในหมู่บ้านเดียวกับมารดาหลังคลอดที่จะลงเยี่ยม

7.ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

7.1 การเลือกจังหวัดสกลนครเป็นจังหวัดนาร่อง จังหวัดสกลนครมีความพร้อมในการเป็นพื้นที่เก็บข้อมูลวิจัยเนื่องจาก จังหวัดสกลนครมีการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง มีบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครเป็นศูนย์กลางในการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ และให้ความสำคัญกับการพัฒนาระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของเด็กปฐมวัยในจังหวัดอย่างมาก

7.2 การมีพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในพื้นที่ช่วยเป็นพี่เลี้ยงในการใช้โปรแกรมการดูแลช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าให้กับ อสม. โดยในการลงเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง พยาบาลจะทบทวนการใช้คู่มือ เตรียมเอกสาร พูดคุยซักซ้อมการเยี่ยมบ้านตามโปรแกรมฯ ก่อนลงเยี่ยมบ้านจริง ร่วมกับ อสม. และลงเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. รวมถึงให้คำปรึกษาในการดูแลแม่ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตเบื้องต้นด้วย

7.3 อาสาสมัครสาธารณสุข ที่เป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย มีคุณสมบัติที่เหมาะสมกับโครงการ และ อสม. มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการอบรมเพื่อที่จะนำความรู้กลับไปดูแลแม่หลังคลอดในพื้นที่ของตนเอง

7.4 ระบบการส่งต่อข้อมูลแม่หลังคลอดระหว่างโรงพยาบาลในแต่ละอำเภอของจังหวัดสกลนครมีความเข้มแข็งและทำงานอย่างเป็นระบบ

7.5 นโยบายการดูแลแม่และเด็กตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาแม่และเด็ก ในเขตสุขภาพที่ 8 ที่มีระบบการติดตามแม่หลังคลอดอยู่เดิมแล้ว ทำให้ อสม. สามารถทำการคัดกรอง ค้นหาแม่ที่มีภาวะซีมเศร้าหลังคลอดได้ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1-3 ในระบบการเยี่ยมบ้านปกติที่ทำ อยู่เดิม และเมื่อพบหญิงหลังคลอดที่มีภาวะซีมเศร้า อสม. สามารถนำแม่เข้าโปรแกรมการดูแลแม่ที่มี ภาวะซีมเศร้าหลังคลอดได้อย่างรวดเร็วและเป็นระบบ

7.6 มีการสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอสำหรับการดำเนินงานวิจัยจากสำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนาจากผลการศึกษาในโครงการวิจัยนี้

ข้อเสนอแนะจากผลงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นเพียงการวิจัยนำร่องในจังหวัดสกลนครเพื่อพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซีมเศร้าหลังคลอด ในอนาคตควรมีการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมที่พัฒนาแล้วด้วยการทำการศึกษาแบบ Randomized Controlled Trial โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้นในหลายพื้นที่ทั่วประเทศ เพื่อในอนาคตจะสามารถนำโปรแกรมที่พัฒนานี้ไปใช้ดูแลแม่ซีมเศร้าหลังคลอดทั่วประเทศได้ นอกจากนี้ในการศึกษาต่อไปควรมีการติดตามผลของการศึกษาหลังสิ้นสุดโปรแกรม ทั้งในแง่ประสิทธิภาพของโปรแกรมในการช่วยลดภาวะซีมเศร้าหลังคลอดและพัฒนาการระยะยาวของเด็กที่แม่ได้รับการช่วยเหลือตามโปรแกรม

อนึ่ง การศึกษานี้แสดงให้เห็นศักยภาพของอสม. ในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งในอนาคตผู้ที่สนใจอาจสามารถนำแนวทางที่ได้เรียนรู้จากการศึกษานี้ไปพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ โดยอสม.ต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระบบการดูแลแม่ที่มีภาวะซีมเศร้าหลังคลอด

1. ระบบการดูแลแม่ที่มีภาวะซีมเศร้าหลังคลอด ไม่สามารถทำได้โดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งของสถานพยาบาล แต่เกิดจากการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลที่แม่คลอดบุตรกลับไปสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และประสานงานส่งต่อข้อมูลไปยัง อสม. ประจำหมู่บ้านที่แม่กลับไปพักฟื้นหลังคลอด บุคลากรสุขภาพทุกระดับจะต้องตระหนักถึงความสำคัญของภาวะซีมเศร้าหลังคลอด บุคลากรควรมีความรู้และทักษะในการร่วมจัดการติดตามปัญหาของแม่หลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ในการคัดกรองภาวะแม่ที่มีภาวะซีมเศร้าหลังคลอดนั้น สามารถทำได้ตั้งแต่หออผู้ป่วยหลังคลอด และสามารถทำซ้ำได้เมื่อ อสม. ไปเยี่ยมแม่หลังคลอดในการเยี่ยมบ้านปกติ เนื่องจากภาวะซีมเศร้าหลังคลอด สามารถเกิดได้ตั้งแต่หลังคลอดไปจนถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด

3. ในการ Implement เชิงระบบ ควรมีการผนวกการคัดกรองภาวะซีมเศร้าหลังคลอดเข้ากับการเยี่ยมบ้านแม่หลังคลอดในระบบปกติที่มีการเยี่ยมติดตามหลังคลอด 3 ครั้ง และเมื่อพบภาวะซีมเศร้าหลังคลอด ให้ใช้โปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซีมเศร้าหลังคลอดต่อไป

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อ	ค
บทสรุปผู้บริหารและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	จ
ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนาจากผลการศึกษาในโครงการวิจัยนี้	ฉ
สารบัญ	ญ
สารบัญตาราง	ฎ
สารบัญแผนภาพ	ฏ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	4
สมมุติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
กรอบแนวคิดงานวิจัย	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็ก	6
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	12
การรักษาแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	27
การดูแลแม่หลังคลอดตามระบบปกติของหน่วยปฐมภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	32
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
ขั้นตอนการดำเนินวิจัย	36
เกณฑ์การคัดเข้าสำหรับแม่หลังคลอด	36
เกณฑ์การคัดเข้าสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข	36
เกณฑ์การคัดออกสำหรับแม่หลังคลอด	37
เกณฑ์การคัดออกสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข	37
การวิเคราะห์ข้อมูล	37
เครื่องมือการวิจัย	37
สถานที่วิจัย	38
ระยะเวลาในการวิจัย	38
งบประมาณ	38

	หน้า
การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร	38
แผนการดำเนินงาน	39
บทที่ 4 ผลการดำเนินงาน	41
ตอนที่ 1 แผนภาพสรุปผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	42
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	43
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง	48
ตอนที่ 4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	50
ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้ารับการอบรมการใช้โปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข	55
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	58
สรุป	58
อภิปรายผล	58
ข้อจำกัด	61
ข้อเสนอแนะ	61
บรรณานุกรม	62
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองโครงการวิจัย	
ภาคผนวก ค ประวัติผู้วิจัย	

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1.1	ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่ช่วยป้องกันพัฒนาการล่าช้าในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา
ตารางที่ 2.1	ตารางพัฒนาการทางสติปัญญาตามแนวคิดของ Piaget
ตารางที่ 2.2	ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่ช่วยป้องกันพัฒนาการล่าช้าในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา
ตารางที่ 2.3	ตารางสรุปภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติหลังคลอดเวลาเริ่มแสดงอาการ ระยะเวลา และการรักษา
ตารางที่ 2.4	ผลของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่อพัฒนาการของเด็ก
ตารางที่ 2.5	เทคนิคของ CBT ในการบำบัดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
ตารางที่ 3.1	ตารางแผนการดำเนินงาน
ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
ตารางที่ 4.2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย จำแนกตามก่อนและหลังเข้าโปรแกรม
ตารางที่ 4.3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเกณฑ์การประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม
ตารางที่ 4.4	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม
ตารางที่ 4.5	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย ก่อนเข้าโปรแกรม จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
ตารางที่ 4.6	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย หลังเข้าโปรแกรม จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
ตารางที่ 4.7	จำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการอบรมที่ทำทดสอบภาคทฤษฎี (Pretest-Posttest)
ตารางที่ 4.8	จำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการอบรมที่ทำทดสอบภาคปฏิบัติ
ตารางที่ 4.9	จำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการอบรมที่ทำทดสอบทั้งภาคทฤษฎี (Pretest-Posttest) และภาคปฏิบัติ
ตารางที่ 4.10	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาคทฤษฎีของผู้เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการเข้าการอบรม
ตารางที่ 4.11	เปรียบเทียบคะแนนภาคปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรมเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1.1 แผนภาพแสดงกรอบแนวคิดงานวิจัย	5
แผนภาพที่ 3.1 แผนภาพแสดงขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย	36
แผนภาพที่ 4.1 แผนภาพสรุปผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	42

บทที่ 1

บทนำ (Introduction)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่ายิ่งต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต การที่เด็กจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพนั้น เด็กต้องมีพัฒนาการที่สมบูรณ์พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา จึงมีความจำเป็นที่เด็กจะต้องได้รับการพัฒนาตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาและต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่น

จากการสำรวจเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในประเทศกำลังพัฒนา (Grantham-McGregor et al., 2007) พบว่ามีเด็กจำนวนกว่า 200 ล้านคนที่ไม่สามารถมีพัฒนาการได้อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงได้แก่ การเจริญเติบโตช้า (Stunting) และความยากจน

ในประเทศไทยมีการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกรมอนามัยด้วยแบบคัดกรอง Modified Denver II ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542-2553 พบว่าร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการปกติมีแนวโน้มลดลง และร้อยละของเด็กที่มีพัฒนาการรวมล่าช้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจากผลการสุ่มสำรวจพัฒนาการเด็กไทย 4 ช่วงวัย ที่อายุ 9 เดือน, 18 เดือน, 30 เดือน และ 42 เดือนของสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติในปีพ.ศ. 2560 พบว่ามีเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 20-25 โดยพบมากที่สุดที่อายุ 42 เดือน (สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ, 2560) สอดคล้องกับผลการสำรวจระดับสติปัญญาของกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2559 ซึ่งทำการสำรวจในเด็กนักเรียนชั้นป.1 จำนวน 23,641 คนจากทั่วประเทศ โดยได้รับการทดสอบระดับสติปัญญาด้วยเครื่องมือ SPM Parallel version (Standard Progressive Matrices) พบว่าระดับสติปัญญาเฉลี่ยของเด็กไทยทั้งประเทศอยู่ที่ 98.23 (สถาบันราชานุกูล, 2559) ซึ่งต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากลซึ่งมีค่าอยู่ที่ 100 มีเด็กที่มีระดับสติปัญญาดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (ระดับสติปัญญาเท่ากับ 90) ประมาณร้อยละ 31.8 และมีเด็กที่มีปัญหาระดับสติปัญญาบกพร่อง (ระดับสติปัญญาน้อยกว่า 70) อยู่ถึงร้อยละ 16 (มาตรฐานสากลไม่ควรเกินร้อยละ 2) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าปัญหาพัฒนาการเด็กเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับความสนใจจากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

มีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่ช่วยป้องกันพัฒนาการล่าช้าอย่างกว้างขวางในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา (Walker et al., 2011) ดังแสดงในตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่ช่วยป้องกันพัฒนาการล่าช้าในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา

Risk Factors	
1.	ขาดการกระตุ้น : Inadequate Stimulation and Opportunities for Learning
2.	เตี้ยโตช้า : Stunting (Linear Growth Retardation)
3.	ขาดไอโอดีน : Iodine Deficiency
4.	โลหิตจางขาดเหล็ก : Iron Deficiency Anemia
5.	เตี้ยโตช้าภายในครรภ์ : IUGR
6.	มาลาเรีย : Malaria
7.	ได้รับโลหะหนัก : Lead Exposure
8.	มารดาซึมเศร้า : Maternal Depression
9.	ครอบครัวใช้ความรุนแรง : Exposure to Violence
10.	ติดเชื้อ HIV : HIV Infection
11.	อยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็กกำพร้า : Institutionalization
Protective Factors	
1.	ได้รับนมแม่ : Breastfeeding
2.	ระดับการศึกษาของแม่ : Maternal Education

จากตารางที่ 1.1 ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่ช่วยป้องกันพัฒนาการล่าช้าในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา พบว่า แม่ซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงข้อหนึ่งของปัญหาพัฒนาการในเด็ก และหากภาวะซึมเศร้านั้นเกิดในช่วงหลังคลอดซึ่งเป็นเวลาที่แม่ต้องดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของแม่และพัฒนาการของเด็ก

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression) หมายถึง ภาวะซึมเศร้าในแม่ที่เกิดภายใน 4 สัปดาห์หลังคลอด (American Psychiatric Association, 2013) จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในต่างประเทศพบว่าแม่หลังคลอดมีอุบัติการณ์ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 13 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เป็นร้อยละ 19 (Michael W O'Hara & McCabe, 2013) จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ.2015 (World Health Organization) พบว่าในประเทศกำลังพัฒนามีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในแม่หลังคลอดร้อยละ 20 ส่วนในประเทศไทยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอดร้อยละ 9.5-25 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากอดีตเช่นกัน (จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ และ กมลรัตน์ วัชรารณ, 2548; ทรรพนันท์ จุลพล, และ ชื่นฤทัย ยี่เขียน, 2558; นกสนันท์ สุขเกษม, 2559; เบญจพร ปัญญา, 2555; วัลยา เชาว์พานิชย์เวช, 2558; เอกชัย เพ็ชรพรประภาส, และ มาโนช หล่อตระกูล, 2552)

โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด คือ ความรู้สึกไม่มีความสุขตั้งแต่ตั้งครรภ์ มีโรคที่รบกวนในช่วงหลังคลอด และความเจ็บป่วยของทารกในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โรคซึมเศร้าหลังคลอดส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งในด้านพัฒนาการทางกายและสติปัญญา มีการศึกษาพบว่า (Field, 2010) เด็กที่เกิดจากแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะเสี่ยงต่อปัญหาการเตี้ยโตช้า (Stunting) มีความสัมพันธ์ที่ไม่มั่นคงกับแม่ (Insecure Attachment) และปัญหาพัฒนาการล่าช้า

จากการศึกษาในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา (Walker et al., 2011) พบว่าโปรแกรมการช่วยเหลือที่ทำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนช่วยลดอารมณ์ซึมเศร้าของแม่ เพิ่มความไวในการตอบสนองของแม่และเพิ่มความผูกพันระหว่างแม่และเด็ก รวมถึงช่วยส่งเสริมสุขภาพของเด็กและยังเพิ่มเวลาที่แม่เล่นกับเด็ก มีข้อเสนอแนะสำหรับกลุ่มประเทศที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรสาธารณสุขว่าการดำเนินการที่จำเป็นคือเน้นให้เกิดการคัดกรองแม่ที่มีภาวะซึมเศร้า และมีระบบในการช่วยเหลือที่สามารถทำได้ในชุมชน ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวจะสามารถลดความเสี่ยงที่จะเกิดกับแม่และเด็กได้

ในประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนา อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. ถือว่าเป็นทุนทางสังคมที่โดดเด่นของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน การมีอสม.เป็นจุดสำคัญในการเริ่มต้นให้คนมีความรู้เรื่องสุขภาพ โดยมีเป้าหมายพัฒนาสุขภาพของประชาชนและมุ่งหวังให้ประชาชนไทยทุกระดับบุคคลและครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ (Self-care) การมีอสม. จึงเป็นกลไกการทำงานและเป็นทุนทางสังคมที่มีศักยภาพที่จะพัฒนาให้เกิดประโยชน์สาธารณะต่อชุมชนและต่อระบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นกำลังเสริมภาคประชาชนที่เข้มแข็งให้กับคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) โดยบทบาทหนึ่งของอสม. คือ การร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิดูแลสุขภาพของชุมชนอย่างครอบคลุมทุกกลุ่มวัย อาทิ เช่น การตรวจคัดกรองโรคในชุมชน การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนร่วมกับทีมในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน สํารวจ คัดกรอง และจัดทำข้อมูลสุขภาพเช่นคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น (โสภณ เมฆธน, 2559) ด้วยศักยภาพของอสม.ดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นโอกาสความเป็นไปได้ที่จะพัฒนาการคัดกรองและการดูแลแม่ซึมเศร้าหลังคลอดลงสู่ในระดับปฐมภูมิ

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมการดูแลแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ได้ผลดีมี 2 เทคนิค คือการใช้เทคนิคการทำจิตบำบัดแบบ Cognitive Behavioral Therapy หรือ CBT (Mao et al., 2012; Rahman et al., 2009; Stamou et al., 2018) และ Interpersonal Therapy หรือ IPT (Gao et al., 2010, 2012; Stamou et al., 2018; Stephens et al., 2016) โดยพบว่าการใช้เทคนิคทางจิตวิทยาดังกล่าวได้ผลดีกว่าการเยี่ยมบ้านแบบอื่นๆและโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทั่วไป (Clarke et al., 2013) จากการศึกษาระดับ Meta-analysis ซึ่งได้ทบทวนการศึกษาต่างๆ ที่ใช้เทคนิคทำจิตบำบัดแบบ CBT ในการดูแลแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด Stamou et al. (2018) ได้ให้ความเห็นว่า CBT มีความเหมาะสมในการใช้บำบัดแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในกลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลางเนื่องจากมีความยืดหยุ่นสูง สามารถทำได้ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล สามารถทำได้ทั้งผู้เชี่ยวชาญและบุคคลธรรมดา รวมถึงใช้ได้ผลในภาวะซึมเศร้าหลังคลอดหลายระดับตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรง อีกทั้งไม่พบว่าเศรษฐกิจมีผลต่อประสิทธิภาพของ CBT ในการบำบัดแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมที่ประยุกต์หลักการของ CBT ในการดูแลแม่หลังคลอดและมีหลักฐานว่ามีประสิทธิภาพในการดูแลแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าในประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ คือ โปรแกรม WHO Thinking Healthy (Fuhr et al., 2019; Gureje et al., 2015; L. K. Murray et al., 2011; Rahman et al., 2009; Rahman et al., 2013; Shields-Zeeman et al., 2017; Sikander et al., 2019) โดยมีการศึกษาว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถใช้โดยผู้ที่ไม่มีพื้นฐานด้านสุขภาพจิตได้ผล อาทิ เช่น การศึกษาในอินเดีย ปากีสถาน และไนจีเรีย (Gureje et al., 2015; L. K. Murray et al., 2011; Shields-Zeeman et al., 2017; Sikander et al., 2019) อีกทั้งมีการศึกษา

ว่าโปรแกรมดังกล่าวยังสามารถขยายผลผ่านอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมจากผู้เชี่ยวชาญไปสู่อาสาสมัครท้องถิ่นอีกด้วย (Atif et al., 2019) โดยอาศัยปัจจัยส่วนของอาสาสมัครดังต่อไปนี้ คือ อยู่ในท้องถิ่นเดียวกัน อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ให้ความรู้แม่ในเรื่องที่มีประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน มีทักษะการสื่อสารและชื่อเสียงที่ดีในชุมชน (Singla et al., 2014) มีวัฒนธรรมคล้ายกัน มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมกับอาสาสมัครท้องถิ่น และการถ่ายทอดความรู้เป็นแบบมีปฏิสัมพันธ์โต้ตอบ (Atif et al., 2019)

ในประเทศไทยเองก็มีการศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยเหลือแม่หลังคลอดโดยปรับปรุงจาก A Manual for Psychosocial Management of Perinatal Depression ของ WHO Thinking Healthy ซึ่งมีลักษณะเป็น Home-Based Intervention ทำโดยพยาบาลวิชาชีพ ผลพบว่าการช่วยเหลือตามโปรแกรมทำให้แม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีภาวะซึมเศร้าลดลงเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม และแม่ซึมเศร้าที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยรูปแบบการเลี้ยงดู เช่น การตอบสนอง การมีส่วนร่วม ฯลฯ ที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม (วรวรรณ จงสง่าวิฑูรย์ และคณะ, 2560) แต่พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเนื่องจากพยาบาลมีภาระงานมาก ไม่สามารถเยี่ยมบ้านและติดตามแม่หลังคลอดได้อย่างสม่ำเสมอเมื่อนำไปขยายผลใช้โปรแกรมในพื้นที่จริง

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญข้อหนึ่งของพัฒนาการล่าช้าในเด็ก และปัจจุบันในประเทศไทยยังขาดโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ทำโดยบุคลากรที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข โดยจะเริ่มงานวิจัยนำร่องในจังหวัดสกลนคร จากนั้นจึงจะขยายผลทั่วประเทศในงานวิจัยต่อไป เป้าหมายเพื่อช่วยให้แม่มีความสามารถในการดูแลเด็กได้เหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการของเด็ก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข

สมมติฐานการวิจัย

1. โปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุขมีความตรงเชิงเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้จริง
2. โปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุขมีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ขอบเขตการวิจัย

การดำเนินการวิจัยมุ่งที่การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข

นิยามศัพท์เฉพาะ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum Depression) หมายถึง ภาวะซึมเศร้าในแม่ที่เกิดภายใน 4 สัปดาห์หลังคลอด มีอาการเหมือนโรคซึมเศร้าทั่วไป คือ มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่ายต่อสิ่งต่างๆ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หงุดหงิด สมาธิไม่เชิงซ้อนหรือกระวนกระวาย มีความรู้สึกผิดหรือไร้ค่า มีความอยากตายหรือมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

โปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง โปรแกรมการจัดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านสำหรับแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ได้จากการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด กิจกรรมประกอบด้วย การแนะนำการดูแลสุขภาพหลังคลอด การดูแลสุขภาพลูก การสร้างสัมพันธ์ภาพกับลูก และการสร้างสัมพันธ์ภาพกับคนรอบข้าง โดยมีการสำรวจอารมณ์ การค้นหาความคิดที่เป็นลบ และการปรับเปลี่ยนความคิด รวมถึงการตั้งเป้าหมายระยะสั้นในแต่ละหัวข้อ การเยี่ยมบ้านดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนทั้งหมด 5 ครั้ง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

โปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข สามารถนำไปขยายผลใช้ในระบบสาธารณสุข เพื่อให้มีการดูแลช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดงานวิจัย

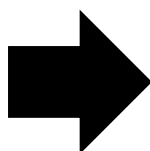
แผนภาพที่ 1.1 แผนภาพแสดงกรอบแนวคิดงานวิจัย

กรอบแนวคิด (Conceptual framework)

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการช่วยเหลือแม่ซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน 5 ครั้ง คือ

- ครั้งที่ 1 การประเมินภาวะซึมเศร้ามารดา
- ครั้งที่ 2 การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะหลังคลอด
- ครั้งที่ 3 การสร้างสัมพันธ์ภาพแม่ลูก
- ครั้งที่ 4 การสร้างสัมพันธ์ภาพกับคนรอบข้าง
- ครั้งที่ 5 การประเมินภาวะซึมเศร้ามารดา



ตัวแปรตาม

ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข โดยประเมินจากคะแนนจากแบบคัดกรอง Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Literature Review)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยผู้วิจัยได้ศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็ก
 - 1.1 ความหมายของพัฒนาการ
 - 1.2 พัฒนาการทางสติปัญญา
 - 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก
 - 1.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
 - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 การเปลี่ยนแปลงของแม่หลังคลอด
 - 2.3 ภาวะซึมเศร้าของแม่หลังคลอด
 - 2.4 สาเหตุของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
 - 2.5 ผลของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก
 - 2.6 ผลของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่อการดูแลทารก
 - 2.7 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 2.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
3. แนวทางการรักษาแม่ซึมเศร้าหลังคลอด
4. การดูแลแม่หลังคลอดตามระบบปกติของหน่วยปฐมภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็ก

1.1 ความหมายของพัฒนาการ

ชญาณี วัชรเกษมสินธุ์ (2554) กล่าวว่า พัฒนาการ (Development) คือ กระบวนการเปลี่ยนแปลงลักษณะและพฤติกรรมที่มีทิศทาง และรูปแบบที่แน่นอนจากช่วงระยะเวลาหนึ่ง ไปสู่อีกระยะหนึ่งเป็นผลรวมของการกระทำร่วมกันระหว่างวุฒิภาวะและการเรียนรู้ พัฒนาการจึงหมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านการทำหน้าที่ (Function) และวุฒิภาวะ (Maturation) ของระบบต่างๆ และรวมทั้งตัวบุคคล ทำให้เพิ่มความสามารถของระบบหรือบุคคล ให้ทำหน้าที่ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถทำหน้าที่ที่สลับซับซ้อนยุ่งยากได้ตลอดจนเพิ่มทักษะใหม่ๆ และความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะใหม่ของบุคคลผู้นั้น ซึ่งการจะไปถึงจุดแห่งความพร้อมได้จะต้องผ่านกระบวนการความรู้ ศูนย์บริการข้อมูลข่าวสาร (Resource Center) (2552 อ้างใน นิตยา คชภักดี, 2543) กล่าวว่า กระบวนการพัฒนานั้นสามารถทำได้จากการสังเกตหรือทดสอบความสามารถในการทำหน้าที่แล้วนำผลมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานตามวัย โดยจำแนกการประเมินออกเป็น 2 ระดับ คือ การประเมินพัฒนาการสรีรวิทยา (Physiological Development) ของระบบอวัยวะ เช่น การประเมินสมรรถภาพการทำงานของระบบไหลเวียนเลือด และการประเมินพัฒนาการของมนุษย์

(Human Development) เป็นการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของบุคคล โดยสังเกตจากพฤติกรรมและผลงาน เช่น การประเมินทักษะในการช่วยตนเอง การทรงตัวและการเคลื่อนไหว การใช้ภาษาและวิธีสื่อความหมาย การเขียน การแก้ปัญหา เป็นต้น

Paris et al. (2018) กล่าวว่า พัฒนาการเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต ประกอบไปด้วยหลายมิติ ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านสติปัญญา ด้านสังคมและอารมณ์

(1) ด้านกายภาพ ประกอบไปด้วย การเปลี่ยนแปลงของส่วนสูง น้ำหนัก กล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก และความสามารถในการรับรู้ประสาทสัมผัส

(2) ด้านสติปัญญา ประกอบไปด้วยการเปลี่ยนแปลงด้านความฉลาด ภูมิปัญญา มุมมอง การแก้ปัญหา ความจำ และภาษา

(3) ด้านสังคมและอารมณ์ ประกอบไปด้วยอารมณ์ มุ่งเน้นที่ความเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ การรับรู้ตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน และเพื่อนร่วมงาน

พัฒนาการมีความยืดหยุ่น (Plasticity) เปลี่ยนแปลงได้ตามประสบการณ์ อีกทั้งพัฒนาการทั้ง 3 ด้านนี้มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน การเปลี่ยนแปลงในด้านหนึ่งอาจนำสู่การเปลี่ยนแปลงในอีกด้านหนึ่ง

สกาวรัตน์ เทพรักษ์ และคณะ (2557) ได้กล่าวถึง พัฒนาการตามหลักของ Gesell 10 แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

(1) พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหว (Motor Behavior) เป็นความสามารถของร่างกายในด้านการเคลื่อนไหว เป็นเครื่องชี้ถึงวุฒิภาวะ ซึ่งประกอบด้วย Gross Motor และ Fine Motor ซึ่งพิจารณาจากการทรงตัวของศีรษะ การชันคอได้ การนั่ง การกำหีบสิ่งของ ซึ่งพฤติกรรมนี้เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการเจริญเติบโตของระบบประสาทส่วนกลาง

(2) พฤติกรรมด้านการปรับตัว (Adaptive Behavior) เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความสามารถในการประสานงาน ระหว่างระบบการเคลื่อนไหวกับความรู้สึก (Motor Sensory Co-ordination) เช่น การประสานงานระหว่างตากับมือของเด็กในการใช้มือ (Co-ordination of Eyes and Hands is reaching and manipulation)

(3) พฤติกรรมทางด้านการสื่อสาร (Language Behavior) เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงขั้นการเจริญเติบโตของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเปล่งเสียงและสมองส่วนที่ควบคุมการพูด นอกจากนั้น พฤติกรรมทางด้านการสื่อสารยังบอกถึงความสามารถในการแสดงออกซึ่งความต้องการของเด็ก โดยศึกษาจากความสามารถของเด็กในการแสดงออกถึงความเข้าใจ และความสามารถในการเปล่งเสียง จนกว่าเด็กจะพูดได้ รวมทั้งการเข้าใจเสียงคำพูดตลอดจน ท่าทาง อากัปกริยา (Body Language Gesture) ด้วย ทั้งนี้เป็นที่เข้าใจกันแล้วว่า อวัยวะรับเสียงต้องปกติ

(4) พฤติกรรมทางด้านนิสัยส่วนตัวและสังคม (Personal-Social Behavior) หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวภายใต้อิทธิพลของภาวะแวดล้อมและสภาพแห่งความเป็นจริง เป็นการปรับตัวระหว่างบุคคลกับบุคคล เป็นการปรับตัวระหว่างบุคคลกับกลุ่ม โดยขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ประเพณีของภาวะแวดล้อมที่เด็กดำรงชีวิตอยู่และความสามารถของเด็กในการเรียนรู้เพื่อที่จะปรับตัว ต้องอาศัยปัจจัยการเจริญเติบโตในตัวเด็กเอง (Intrinsic Growth Factor) คือ ขั้นการเจริญของสมอง และระบบการเคลื่อนไหว (Neuro-Motor Maturity) ซึ่งจะทำให้เด็กแต่ละคนมีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ต่างกัน

1.2 พัฒนาการทางสติปัญญา

สติปัญญา หมายถึง ความสามารถในการคิด การตัดสินใจ การแก้ปัญหา และการปรับตัวของบุคคลเมื่อเผชิญกับสถานการณ์หรือปัญหาต่างๆ

หลักการของ Piaget กล่าวว่า พัฒนาการทางด้านสติปัญญาเป็นเรื่องเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของเด็กที่เกิดกระบวนการปรับตัว 2 แบบ ดังนี้

(1) การซึมซาบหรือการดูดซึม (Assimilation) ประสบการณ์ต่างๆ จากสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับโครงสร้างทางด้านสติปัญญา

(2) การปรับโครงสร้างทางสติปัญญา (Accommodation) เมื่อเผชิญกับสภาพแวดล้อมใหม่หรือประสบการณ์ใหม่ต้องปรับโครงสร้างทางสติปัญญาให้เข้ากับประสบการณ์ใหม่ที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง

พัฒนาการทางด้านสติปัญญา หมายถึง การที่เด็กสามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องใช้สมองให้สามารถบรรลุผลตรงตามเป้าหมายที่ต้องการได้อย่างเป็นขั้นเป็นตอนตามหลักของพัฒนาการ

ในการศึกษานี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาดังต่อไปนี้

1) ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของ Piaget

Piaget ได้แบ่งขั้นพัฒนาการทางสติปัญญาออกเป็น 4 ขั้น (Paris et al., 2018) ดังแสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ตารางพัฒนาการทางสติปัญญาตามแนวคิดของ Piaget

ขั้นพัฒนาการทางสติปัญญา	ลักษณะ
ขั้นประสาทรับรู้และการเคลื่อนไหว (Sensory-Motor Stage)	เริ่มตั้งแต่แรกเกิดถึง 2 ปี ในขั้นนี้เด็กเรียนรู้ผ่านทางประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว เด็กจะรู้จักการดม การจับ การได้ยิน การชิมรสชาติ การเคลื่อนไหวสิ่งของไปรอบๆ
ขั้นก่อนปฏิบัติการคิด (Preoperational Stage)	เริ่มตั้งแต่เด็กอายุ 2-7 ปี เด็กสามารถคิดถึงโลกในรูปแบบสัญลักษณ์ได้ สัญลักษณ์คือสิ่งหนึ่งที่ใช้เป็นตัวแทนอีกสิ่งหนึ่ง เด็กสามารถใช้ภาษาไม่ว่าจะเป็นภาษาพูดและท่าทางในการสื่อสารเกี่ยวกับโลก ซึ่งเป็นพัฒนาการที่สำคัญในขั้นนี้ อย่างไรก็ตามในขั้นนี้เด็กยังคิดไม่เป็นเหตุเป็นผล และยังไม่เข้าใจตรรกะทางกายภาพของสิ่งต่างๆ ยกตัวอย่างเช่น เด็กอาจกลัวว่าจะถูกดูดไปในท่อน้ำในอ่างน้ำ ถึงแม้ว่าตัวเองจะตัวใหญ่กว่าท่อน้ำก็ตาม

ขั้นพัฒนาการทางสติปัญญา	ลักษณะ
ขั้นปฏิบัติการคิด ด้านรูปธรรม (Concrete Operation Stage)	เริ่มตั้งแต่เด็กอายุ 7-11 ปี เด็กเริ่มคิดเป็นเหตุเป็นผล สามารถเข้าใจเหตุผลที่เป็นรูปธรรมของสิ่งต่าง ๆ เช่น ความแตกต่างของขนาด ปริมาตรและระยะทาง เข้าใจความสัมพันธ์ของเหตุและผล
ขั้นปฏิบัติการคิดด้วย นามธรรม (Formal Operational Stage)	เริ่มที่อายุ 12 ปี เด็กจะสามารถคิดเป็นเหตุเป็นผลทั้งในแง่รูปธรรมและนามธรรม สามารถเข้าใจความเป็นไปได้ต่างๆ และมีความเห็นต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่ไม่เคยประสบโดยตรง สามารถเข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรม เช่น ศาสนา ศิลธรรม จริยธรรม อีสราภาพ ศักดิ์ศรี ฯลฯ ได้มากขึ้น

2) ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของบรูเนอร์ (Bruner)

Bruner (1966) ศึกษาเรื่องของการพัฒนาการทางสติปัญญา โดยเชื่อว่ามนุษย์เลือกที่จะรับรู้สิ่งที่ตนเองสนใจและการเรียนรู้เกิดจากกระบวนการค้นพบด้วยตัวเอง (Discovery Learning) (นุรุลออินชาน กอระ, 2555)

Bruner แบ่งขั้นพัฒนาการทางสติปัญญาออกเป็น 3 ขั้นตามวิธีการเรียนรู้ (วิธีการเก็บและถอดสัญลักษณ์ข้อมูลความรู้) ดังนี้

(1) ขั้นการเรียนรู้จากการกระทำ (Enactive Stage) พบในช่วงขวบปีแรกของชีวิต เด็กเรียนรู้จากการใช้ประสาทสัมผัสรับรู้สิ่งต่างๆ และจากการลงมือทำมากกว่าการคิด จากนั้นจะจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบความทรงจำของการกระทำ เช่น ทารกอาจจะจัดเก็บสิ่งที่ได้เรียนรู้ในรูปแบบความทรงจำของกล้ามเนื้อที่เคลื่อนไหวขณะเขย่าของเล่น

(2) ขั้นการเรียนรู้จากความคิด (Iconic Stage) พบในเด็กอายุ 1-6 ปี เป็นขั้นที่เด็กเก็บข้อมูลที่ได้เรียนรู้ในรูปแบบของภาพจากประสาทสัมผัสต่างๆ กล่าวคือเป็นการสร้างมโนภาพในใจ โดยส่วนใหญ่มักเป็นภาพที่ได้จากการมองเห็น สิ่งนี้จึงอาจอธิบายได้ว่าเพราะเหตุใดการใส่ภาพหรือแผนภาพควบคู่ไปกับตัวหนังสือจึงมีประโยชน์ต่อการเรียนรู้ของเด็ก

(3) ขั้นการเรียนรู้สัญลักษณ์และนามธรรม (Symbolic Stage) พบในเด็กอายุ 7 ปีขึ้นไป เป็นขั้นที่เด็กเก็บข้อมูลที่ได้เรียนรู้ในรูปแบบสัญลักษณ์ เช่น ภาษา คำศัพท์ สัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ ดนตรี ฯลฯ

1.3 แนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก

พรทิพย์ กมลวรรณ ชากิน๊ะ (2557) กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก ดังนี้

1) แนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก พัฒนาการของมนุษย์เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวมนุษย์เริ่มตั้งแต่ปฏิสนธิต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิต ซึ่งครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพัฒนาการทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญา จะมีความสำคัญและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นลำดับขั้นตอนไปพร้อมกันทุกด้าน เด็กแต่ละคนจะเติบโตและมีลักษณะพัฒนาการแตกต่างกันไปตามวัย โดยที่พัฒนาการเด็กปฐมวัยบ่งบอกถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวเด็กอย่างต่อเนื่องในแต่ละวัยเริ่มตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงอายุ 5 ปี

พัฒนาการแต่ละด้านมีทฤษฎีเฉพาะอธิบายไว้และสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาเด็ก อาทิ ทฤษฎีพัฒนาการทางร่างกายที่อธิบายการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กว่ามีลักษณะต่อเนื่องเป็นลำดับขั้น เด็กจะพัฒนาถึงขั้นใดจะต้องเกิดวุฒิภาวะของความสามารถขั้นนั้นก่อน หรือทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาที่อธิบายว่าเด็กเกิดมาพร้อมวุฒิภาวะ ซึ่งจะพัฒนาขึ้นตามอายุ ประสบการณ์ ค่านิยมทางสังคมและสิ่งแวดล้อม หรือทฤษฎีพัฒนาการทางบุคลิกภาพ ที่อธิบายว่าเด็กจะพัฒนาได้ดีถ้าในแต่ละช่วงอายุเด็กได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ตนพอใจ ได้รับความรัก ความอบอุ่นอย่างเพียงพอ ผู้ใกล้ชิด มีโอกาสช่วยตนเอง ทำงานที่เหมาะสมกับวัยและมีอิสระที่จะเรียนรู้ในสิ่งต่างๆ รอบตนเอง ดังนั้นแนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก จึงเป็นเสมือนหนึ่งแนวทางให้ผู้สอนหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้เข้าใจเด็กสามารถอบรมเลี้ยงดูและจัดประสบการณ์ที่เหมาะสมกับวัยและความแตกต่างของแต่ละบุคคลที่จะส่งเสริมให้เด็กพัฒนาจนบรรลุผลตามเป้าหมายที่ต้องการได้ชัดเจนขึ้น

2) แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ การเรียนรู้ของมนุษย์เรามีผลสืบเนื่องจากประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้รับ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นจากกระบวนการที่ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัว โดยผู้เรียนจะต้องเป็นผู้กระทำให้เกิดขึ้นด้วยตนเอง และการเรียนรู้จะเป็นไปได้ดีถ้าผู้เรียนได้ใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้เคลื่อนไหว มีโอกาส คิดริเริ่มตาม ความต้องการและความสนใจของตนเอง รวมทั้งอยู่ในบรรยากาศที่เป็นอิสระ อบอุ่นและปลอดภัย ดังนั้นการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก และเนื่องจากการเรียนรู้นี้เป็นพื้นฐานของพัฒนาการในระดับที่สูงขึ้น ทั้งคนเราเรียนรู้จากประสบการณ์จริงด้วยตัวเอง ในสภาพแวดล้อมที่เป็นอิสระ เอื้อต่อการเรียนรู้ และจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับระดับพัฒนาการของผู้เรียนแต่ละคน

3) แนวคิดเกี่ยวกับการเล่นของเด็ก การเล่นถือเป็นกิจกรรมที่สำคัญในชีวิตเด็กทุกคน เด็กจะรู้สึกสนุกสนาน เพลิดเพลิน ได้สังเกตมีโอกาสดำเนินการทดลอง สร้างสรรค์ คิดแก้ปัญหาและค้นพบด้วยตนเอง การเล่นจะมีอิทธิพลและมีผลดีต่อการเจริญเติบโต ช่วยพัฒนาร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญา เด็กจะมีโอกาสเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ได้ใช้ประสาทสัมผัสการรับรู้ ผ่อนคลาย อารมณ์ แสดงออกถึงตนเอง และเรียนรู้ความรู้สึกของผู้อื่น การเล่นจึงเป็นทางที่ดีที่จะสร้างประสบการณ์ การเรียนรู้สิ่งแวดล้อม การเรียนรู้ความเป็นอยู่ของผู้อื่น การสร้างความสัมพันธ์ การอยู่ร่วมกับผู้อื่นและธรรมชาติรอบตัว ดังนั้นหลักสูตรการศึกษาปฐมวัยฉบับนี้จึงถือว่า “การเล่น” อย่างมีจุดหมาย เป็นหัวใจสำคัญของการสร้างประสบการณ์ให้กับเด็ก

4) แนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมและสังคม บริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่เด็กอาศัยอยู่หรือแวดล้อมตัวเด็ก ทำให้เด็กแต่ละคนแตกต่างกันไป หลักสูตรการศึกษาปฐมวัยฉบับนี้ถือว่าผู้สอนจำเป็นต้องเข้าใจเด็กและยอมรับว่าวัฒนธรรมและสังคมที่แวดล้อมตัวเด็กมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาศักยภาพ และพัฒนาการของเด็กแต่ละคน ผู้สอนควรต้องเรียนรู้บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของเด็ก เพื่อช่วยให้เด็กได้พัฒนา เกิดการเรียนรู้ และอยู่ในกลุ่มคนที่มาจากพื้นฐานเหมือนหรือแตกต่างจากตนได้อย่างราบรื่นมีความสุข

1.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

Walker et al., (2011) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่ช่วยป้องกันพัฒนาการล่าช้าในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ดังแสดงในตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่ช่วยป้องกันพัฒนาการล่าช้าในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา

Risk Factors
1. ขาดการกระตุ้น : Inadequate Stimulation and Opportunities for Learning
2. เติบโตช้า : Stunting (Linear Growth Retardation)
3. ขาดไอโอดีน : Iodine Deficiency
4. โลหิตจางขาดเหล็ก : Iron Deficiency Anemia
5. เติบโตช้าภายในครรภ์ : IUGR
6. มาลาเรีย : Malaria
7. ได้รับโลหะหนัก : Lead Exposure
8. มารดาซึมเศร้า : Maternal Depression
9. ครอบครัวยุติการใช้ความรุนแรง : Exposure to Violence
10. ติดเชื้อ HIV : HIV Infection
11. อยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็กกำพร้า : Institutionalization
Protective Factors
1. ได้รับนมแม่ : Breastfeeding
2. ระดับการศึกษาของแม่ : Maternal Education

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

สมณทา น้อยบุญเดิม (2556 อ้างใน Beck, 1967) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึง ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นการแสดงถึงความเปราะบางทางด้านอารมณ์ ร่วมกับมีความเปราะบางทางด้านความคิด การรับรู้ ร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันหลายระดับ โดยเริ่มตั้งแต่ระดับปกติซึ่งมีอาการรู้สึกเศร้าเสียใจ ท้อแท้เล็กน้อย แต่ยังคงดำรงอยู่ในสภาพปกติไปได้ จนถึงระดับรุนแรงโดยมีอาการ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หดหู่ในชีวิต ไร้ความหมาย มีความคิดในทางลบจนถึงความคิดฆ่าตัวตาย สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะเปราะบางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ของบุคคลนั้นๆ ที่มีผลทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยมีลักษณะอาการซึมเศร้า หดหู่ เชื่องซึม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย รู้สึกหดหู่ในชีวิต ไร้ค่า มองโลกในแง่ร้าย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม จนถึงมีความคิดฆ่าตัวตายได้

ปริญญ์ กิตติธรรมาศ (2559) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า Depression หรือ ภาวะซึมเศร้าเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากภาวะจิตใจที่หม่นหมอง เศร้าสร้อย หดหู่ มองโลกในแง่ร้าย แสดงออกได้ทั้งด้านอารมณ์ พฤติกรรมความเครียด และร่างกาย เป็นระยะเวลาเกิน 2 สัปดาห์ขึ้นไป สาเหตุของภาวะซึมเศร้า นภวัลย์ กัมพลาศิริ (2559) ได้อธิบายถึง ปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า พิจารณาได้ทั้งทางชีวภาพ-จิตวิทยา-สังคมวัฒนธรรม

1) ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Factors)

(1) ปัจจัยทางเคมีและสารสื่อประสาท (Chemicals/Neurotransmitters) พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีระดับของ Noradrenaline และ Serotonin ลดลง

(2) พันธุกรรม (Genetic) นภวัลย์ กัมพลาศิริ (2559 อ้างใน Keltner et al., 2011) กล่าวว่า การที่พ่อแม่เคยมีภาวะซึมเศร้า ลูกจะมีความเสี่ยงสูง และจากงานการศึกษาวิจัยมากมายที่พบภาวะซึมเศร้าในคู่แฝด

(3) ความไม่สมดุลของฮอร์โมน (Hormonal Imbalance) จะเห็นได้จากการพบภาวะซึมเศร้าได้ในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน และหญิงหลังคลอด

2) ปัจจัยทางจิตวิทยา (Psychological factors)

(1) ประสบการณ์ในช่วงต้นของชีวิตที่ล้มเหลว (Debilitating Early Life Experience) นภวัลย์ กัมพลาศิริ (2556 อ้างใน Keltner et al., 2011) กล่าวว่า ทฤษฎีพัฒนาการหลายทฤษฎีแม้จะอธิบายแตกต่างกันไป แต่ต่างก็เห็นตรงกันว่า เหตุการณ์ในช่วงต้นของชีวิตจะเป็นพื้นฐานของสุขภาพจิตของบุคคลไปตลอดชีวิต เช่น การต้องแยกจากพ่อแม่ การไม่ได้รับความรัก การอุ้มชูจากคนเลี้ยง ตลอดจนการถูกทารุณ ล้วนเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า

(2) ความขัดแย้งภายในจิตใจ (Intrapsychic Conflict) เป็นความขัดแย้งที่ไม่สามารถจะแก้ไขได้แล้วนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า

(3) กลวิธีเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต (Coping Strategies with Life Events) เมื่อคนเราเกิดความเครียด โดยเฉพาะเมื่อเกิดการสูญเสีย เช่น การหย่าร้าง การตายของคนที่เรา รัก การตกงาน ฯลฯ วิธีการที่เราจัดการกับความเครียด ถ้าเป็นความเศร้าโศก เสียใจก็เป็นปฏิกิริยา

ที่ปกติแต่การใช้กลวิธีเผชิญปัญหาที่หันเข้าหาตัวเอง การโทษตัวเอง และใช้อยู่เป็นเวลานาน ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

3) ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม (Social and Cultural Factors)

(1) ผู้ที่ประสบเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะสูญเสียมากมายหลายอย่างอย่างในชีวิต เช่น การตายจากของคนอันเป็นที่รัก สูญเสียอวัยวะ การหย่าร้าง

(2) ความสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม เช่น พ่อ แม่ ญาติ พี่ น้อง คนรัก เพื่อนฝูงตลอดจนเพื่อนบ้าน และคนในชุมชน ถ้าขาดการช่วยเหลือเกื้อกูลสนับสนุนซึ่งกันและกัน ต่างคนต่างอยู่ก็เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลในสังคมเหล่านี้มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าได้

(3) จากการศึกษาวิจัย พบว่า คนโสดมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนที่แต่งงานแล้ว และคนที่หย่าร้างก็มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า

(4) คนในสังคมที่มีวัฒนธรรมแบบเครือญาติ มีความใกล้ชิด เข้าอกเข้าใจ เอื้ออาทรต่อกัน จะพบการเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าสังคมที่มีวัฒนธรรมแบบห่างเหิน

อาการของภาวะซึมเศร้า สมุณทา น้อยบุญเดิม (2556 อ้างใน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่พบได้บ่อย พบได้ในทุกเพศ ทุกวัย ซึ่งลักษณะอาการที่สำคัญของภาวะซึมเศร้า จะแสดงอาการออกมาได้หลายด้าน ดังนี้

1) ด้านอารมณ์ มีความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ หดหู่ ไม่มีความสุข ขาดความรู้สึغبึกบาน บางคนอาจมีอาการหงุดหงิดง่าย โกรธง่ายร่วมด้วย

2) ด้านความคิด สมาธิไม่ดี ซ้ำลิ้ม ขาดความมั่นใจ ไม่กล้าตัดสินใจด้วยตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองตนเองไร้ค่า หรือเป็นภาระต่อคนอื่น มองทุกสิ่งทุกอย่างหมดหวัง บางคนจะมีความคิดเพื่อชีวิต เพื่อที่จะสู่ต่อไป คิดอยากตายหรือคิดจะทำร้ายตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตาย

3) ด้านร่างกาย มีปัญหาการกินอาหาร (เบื่ออาหารไม่อยากกินหรือกินจุมากขึ้น หิวบ่อยขึ้น) น้ำหนักตัวลดลงหรือเพิ่มขึ้น การนอนจะมีปัญหา การนอนไม่หลับ หลับๆ ตื่นๆ หลับไม่สนิท ผื่นร้ายหรือหลับยากบางรายอาจจะมีการหลับมากกว่าปกติ อาการปวดส่วนต่างๆ ของร่างกายมากขึ้น ความรู้สึกหรือความต้องการทางเพศลดลง หรือบางรายอาจเพิ่มขึ้นแต่พบได้น้อย รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ร่างกายไม่มีแรง

4) ด้านพฤติกรรม แยกตัวเอง ซึม ชอบอยู่เงียบๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หรือสนใจน้อยลง บางรายมีอาการกระสับกระส่าย นั่งไม่ติดเป็นพักๆ มีการควบคุมตนเองได้น้อยลง เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้จ่ายนอนหลับ หรืออาจมีปัญหาการใช้สารบางอย่างเพิ่มขึ้น ใช้จ่ายแก้ปวดมากขึ้น แสดงความต้องการพึ่งพาผู้ดูแลจากลูกหลานมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลหรือลูกหลานเข้าใจผิดว่า ทำเพื่อเรียกร้องความสนใจ แต่ที่จริงแล้วเป็นอาการของความเจ็บป่วย

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า สมุณทา น้อยบุญเดิม (2556) ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่สามารถทำให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ อีกทั้งยังเป็นปัญหาสุขภาพจิตปัญหาหนึ่ง เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงก็จะเป็นอันตรายจนกระทั่งเสียชีวิตได้

2.2 การเปลี่ยนแปลงของแม่หลังคลอด

การคลอดเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่อย่างหนึ่ง แม่ต้องผ่านความยากลำบากในการเจ็บครรภ์และเบ่งคลอด ต้องพบความเหนื่อยล้าในช่วงหลังคลอด อีกทั้งยังมีความเปลี่ยนแปลงมากมายทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจและสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมน

เฟื่องลดา ทองประเสริฐ (2554) กล่าวว่า ระยะเวลาหลังคลอด หมายถึง ช่วงเวลาที่ร่างกายของสตรีหลังคลอดบุตรมีการเปลี่ยนแปลงกลับคืนสู่สภาพปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวนับตั้งแต่แรกคลอดครบจนถึงระยะ 6-8 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งเป็นเวลาที่มีการปรับตัวทั้งทางด้านกายวิภาคและสรีระของอวัยวะต่างๆ (วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์, 2548) โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมน ซึ่งในขณะตั้งครรภ์ฮอร์โมน Estrogen และฮอร์โมน Progesterone จากรก ซึ่งมีระดับสูงมากจะไปกดส่วนหน้าของต่อมใต้สมอง (Anterior Pituitary Gland) ยับยั้งไม่ให้เกิดการหลั่งฮอร์โมน Prolactin ออกมามากกว่าระดับปกติ แต่ภายหลังคลอดหรือหลังแท้งบุตร (อายุครรภ์มากกว่า 2 สัปดาห์) ฮอร์โมน Estrogen และฮอร์โมน Progesterone จะลดระดับลงอย่างรวดเร็ว และสมองส่วน Hypothalamus ซึ่งเป็นศูนย์กลางควบคุมฮอร์โมนต่างๆ โดยเฉพาะในส่วนของ Hypothalamic Pituitary-adrenal Axis (HPA Axis) มีการตอบสนองต่อความเครียดโดยมีการหลั่งของสาร Adreno Corticotrophic Hormone (ACTH) เมื่อ ACTH ถูกหลั่งออกมาจะกระตุ้นการสังเคราะห์และปลดปล่อยสาร Glucocorticoids ให้หลั่งสาร Cortisol ออกมา ซึ่งจะมีผลลดการสร้างและหลั่งฮอร์โมน Progesterone ซึ่งภาวะหลังคลอดจะพบว่าอัตราส่วนของฮอร์โมน Progesterone และ Estrogen ลดต่ำลงทันทีที่การคลอดสิ้นสุดลง ซึ่งระดับฮอร์โมน Estrogen ของผู้หญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์โดยปกติ มีค่าในช่วง 80-200 Picogram/Liter ในกระแสเลือด ช่วงตั้งครรภ์จะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จนถึง 5,000 Picogram/Liter ระยะเวลาหลังคลอดภายใน 3 ชั่วโมง ระดับฮอร์โมน Estrogen จะลดลงประมาณ 10% และหลังจากสัปดาห์แรกของการคลอด จะไม่สามารถตรวจสอบ Progesterone ใน Serum ได้ การลดระดับลงอย่างรวดเร็วของฮอร์โมนทั้งสองช่วงหลังคลอด จะมีผลต่อสารสื่อประสาท คือ Serotonin นั่นคือ เมื่อฮอร์โมน Estrogen สูงขึ้น Serotonin ก็จะเพิ่มสูงขึ้นทำให้เกิดอารมณ์ดีมีพลัง มีความรู้สึกสำราญใจ ซึ่งถ้าสูงมากเกินไปอาจถึงขั้นประสาทหลอน ก้าวร้าว รุนแรง หรือมีอาการของ Schizophrenia ได้ (มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ และประเสริฐ ศันสนีย์ วิทยากุล, 2553) ดังนั้นเมื่อระดับของฮอร์โมน Estrogen ต่ำลงก็จะส่งผลให้ระดับของ Serotonin ต่ำลงด้วย จะทำให้เกิดอาการเบื่อหน่าย นอนไม่หลับ และเป็นสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนั้น ภายหลังคลอดจะมีการลดลงของฮอร์โมน Norepinephrine และฮอร์โมน Thyroxine ในส่วนของต่อมใต้สมอง และจะหลั่งฮอร์โมน Prolactin ทันที ทำให้ Prolactin มีปริมาณสูงในวันที่ 2-3 หลังคลอด (คนปกติระดับ Prolactin ประมาณ 10-20 หน่วย mg/ml และจะเพิ่มมากสูงสุด 200-400 หน่วย เมื่อตั้งครรภ์ครบกำหนด หลังคลอดเพิ่มขึ้น 500-600 หน่วย) หากแม่ให้ทารกดูดนมเรื่อยๆ ก็จะเป็นการกระตุ้นให้มีการสร้างน้ำนมอยู่ตลอดเวลา โดยการดูดนมของทารกแต่ละครั้งจะทำให้ฮอร์โมน Prolactin เพิ่มขึ้นประมาณ 10-20 เท่า (Hendrick et al., 1998; Sichel et al., 1995) จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงของระดับของฮอร์โมน Estrogen และ Progesterone ในแม่หลังคลอด จะมีผลต่อสารสื่อประสาท คือ Serotonin ซึ่งเมื่อฮอร์โมน Estrogen สูงขึ้น สารสื่อประสาท Serotonin ก็จะเพิ่มสูงขึ้นและเมื่อระดับของฮอร์โมน Estrogen ลดต่ำลงก็จะส่งผลให้ระดับของ

Serotonin ลดต่ำลงด้วย ดังนั้นระยะหลังคลอดเมื่อฮอร์โมน Estrogen และฮอร์โมน Progesterone ลดต่ำลงทันทีจะส่งผลให้แม่รู้สึกเบื่อหน่ายมีอารมณ์นอนไม่หลับและเป็นสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบความสัมพันธ์ของการลดระดับของฮอร์โมนเหล่านี้กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยพบว่า การลดระดับฮอร์โมน Estrogen ยังสามารถใช้รักษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างได้ผลในแม่หลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงได้

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคม

สินาพร วิทยานิชชัย (2553) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคม ภายหลังคลอด เกิดจากการที่แม่หลังคลอด ต้องเผชิญกับปัจจัยต่างๆ ได้แก่

- (1) ความเสี่ยงทางพันธุกรรม (Genetics)
- (2) ฮอร์โมนที่เกี่ยวข้อง และ Neurotransmitter ต่างๆ
- (3) ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และขนบธรรมเนียมประเพณี
- (4) การปรับตัวทางด้านจิตใจเมื่อมีการเผชิญความเครียด เช่น การผ่านการคลอดที่เต็มไปด้วยบรรยากาศที่ความตื่นเต้น ตระหนก เจ็บปวด และยินดี ครอบครัวส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญที่แข็งแรง สมบูรณ์ และผ่านระยะคลอดโดยไม่พบความยุ่งยากลำบาก
- (5) ปัจจัยทางด้านสติกรรม เช่น บางรายอาจรู้สึกผิดหวังจากการที่ไม่สามารถคลอดปกติได้ ต้องคลอดโดยการผ่าตัดหัตถการ เมื่ออยู่ในระยะหลังคลอดอาจจะเป็นคนละบรรยากาศที่คาดไว้ล่วงหน้าขณะตั้งครรภ์
- (6) การเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ฯลฯ
- (7) การปรับตัวเพื่อให้การดูแลทารก ปรับตัวต่อบทบาทใหม่ร่วมกับบุคคลที่แวดล้อม ภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนความคาดหวังของตนเองและสมาชิกในครอบครัวที่จะแสดงบทบาทการเป็นแม่ที่ดี

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของแม่หลังคลอดมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป หลังการคลอดบุตรจะมีการพัฒนาไปสู่บทบาทใหม่ คือ ทั้งเป็นผู้หญิง (Woman) เป็นภรรยา (Wife) และเป็นแม่ (Mother) พร้อมกันไป ดังนั้นพฤติกรรมที่ตอบสนอง และภาวะจิตใจจึงต้องขยายขอบเขตความสนใจ มีการปรับตัวจากตนเองไปยังลูก สามี และครอบครัว ความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การทำหน้าที่เลี้ยงดูลูกเพราะฉะนั้นในระยะนี้จึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และความต้องการด้านจิตใจแตกต่างกันไปตามระยะเวลา

สินาพร วิทยานิชชัย (2553 อ้างใน Rubin, 1997) ได้แบ่งระยะการปรับทางด้านจิตใจไว้ดังนี้

- (1) Taking-in phase ระยะ 2-3 วันแรกหลังคลอด แม่จะมีอาการอ่อนเพลียจากการสูญเสียเลือด น้ำ และพลังงานในการคลอด ไม่สุขสบายจากการปวดแผล ปวดมดลูก ปวดกล้ามเนื้อ อาการคัดตึงเต้านม ความสนใจจึงอยู่ที่ตนเองเป็นส่วนใหญ่ ระยะนี้แม่มีความภาคภูมิใจที่จะพูดถึงประสบการณ์ที่เผชิญมาในขณะคลอด การคลอด ความยากลำบาก ความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน สภาพแวดล้อม และเหตุการณ์ต่างๆ ให้ผู้ใกล้ชิดฟัง ระยะนี้ยังไม่ค่อยนึกถึงหรืออยากเลี้ยงทารก ระยะนี้มีพฤติกรรมที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในการช่วยเหลือ เพื่อลดความไม่สุขสบายต่างๆ โดยเฉพาะเกี่ยวกับสุขภาพและความสุขสบาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะแรกๆ อาหาร การการพักผ่อนอย่าง

เพียงพอ เพื่อชดเชยพลังงานที่สูญเสียไป ถึงแม้ยังอ่อนเพลียและไม่แข็งแรงพอที่จะดูแลลูก แม่ยังต้องการจะได้ใกล้ชิดลูก ได้เห็นพิจารณารูปร่าง ลักษณะของลูก

(2) Taking-hold phase ระยะที่ 3-14 วันหลังคลอด ระยะนี้แม่จะมีสภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น สามารถดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ความไม่สบายต่างๆ จะลดลง แม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมอันเป็นภาระหน้าที่ของแม่ได้ ระยะนี้เป็นระยะที่แม่มีความพร้อมและสนใจสูงต่อการรับฟังคำแนะนำ การฝึกเลี้ยงดูทารกและอยากเรียนรู้พฤติกรรมของทารก เพื่อให้ตนเองมั่นใจในทักษะในการดูแลและเตรียมพร้อมที่จะดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ยอมรับคำแนะนำและใฝ่หาความรู้ จะเกิดความเชื่อมั่นในการเผชิญบทบาทการเป็นแม่ ตัดสินใจ การแก้ปัญหาด้วยตนเองมากขึ้น จะรู้สึกพอใจที่ได้ดูแลด้วยตนเองขณะเดียวกันความวิตกกังวลอาจสูงขึ้นถ้ามีปัญหาในการเลี้ยงดูทารก

(3) Letting-go phase เริ่มในสัปดาห์ที่ 3 หลังคลอด เป็นระยะที่แม่เริ่มปรับใจรับบทบาทใหม่ได้ดีขึ้น ยอมรับสภาพชีวิตที่มีสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้นในครอบครัว ความวิตกกังวลลดน้อยลง เข้าใจพฤติกรรมของทารกดีขึ้น ทำหน้าที่แม่อย่างสมบูรณ์ โดยการช่วยเหลือทารก มีการปรับตัวจัดเวลาในการดูแลทารก และการปฏิบัติภารกิจต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวด้วย

การปรับเปลี่ยนทางด้านร่างกายและจิตสังคมในระยะหลังคลอด ส่งผลให้แม่หลังคลอดเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้

2.3 ภาวะซึมเศร้าของแม่หลังคลอด

ภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติหลังคลอดอาจเกิดขึ้นทันทีภายหลังคลอด หรือเกิดขึ้นในช่วงใดช่วงหนึ่งในระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอด (American Psychiatric Association, 2013) ซึ่งภาวะซึมเศร้าของแม่หลังคลอดแบ่งเป็น 3 ชนิด (Nonacs & Cohen, 1998) ดังนี้

1) ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum Blues) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยที่สุดคือประมาณร้อยละ 30-75 ของแม่หลังคลอด (M W O'Hara et al., 1984) สาเหตุหลักมาจากฮอร์โมนเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ เป็นตัวกระตุ้น เช่น ความเครียดในการเลี้ยงลูก พักผ่อนน้อยปรับตัวกับความเป็นแม่ไม่ทัน มีความวิตกกังวลสูง หรืออุณหภูมิต่ำ สิ่งเหล่านี้ก็เป็นปัจจัยกระตุ้นภาวะนี้ได้เช่นกัน แต่ภาวะนี้อาการไม่รุนแรงหายเองได้ ซึ่งการเกิดอาการนี้ไม่ได้แสดงว่าแม่มีปมขัดแย้งในใจ โดยแม่จะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ มีความวิตกกังวลไปหมดทุกเรื่อง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับหรือมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น นอนมากผิดปกติ อาการมักเริ่มเกิดในช่วงหลังคลอดไม่กี่วัน มีอาการมากที่สุดประมาณวันที่ 4-5 และหายภายในวันที่ 10 ของช่วงคลอด ส่วนในรายที่มีอาการอยู่นานเกิน 2 สัปดาห์ในช่วงหลังคลอดควรได้รับการตรวจรักษา เพราะอาจเป็นโรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงและต้องการการรักษาที่เฉพาะเจาะจง (สินพร วิทยานิชชัย, 2553) แม่หลายคนไม่ได้คาดคิดถึงความรู้สึกเศร้าหม่นหมองหลังคลอดบุตร เพราะสังคมคาดหวังว่าเมื่อทารกเกิดแล้วครอบครัวจะมีความสุข แต่ในความเป็นจริงการปรับตัวของผู้เป็นแม่มักยุ่งยาก และมีปัจจัยหลายประการที่อาจส่งเสริมความรู้สึกซึมเศร้าซึ่งเชื่อว่าเกิดจาก

(1) ต้องแยกจากครอบครัวและอาจกังวลถึงลูก เพราะหลังคลอดใหม่ๆ ทารกถูกแยกไปไว้ห้องทารกแรกเกิดชั่วคราว

(2) อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ทั้งบุคคล สถานที่ และระบบของโรงพยาบาล

(3) มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่ลดต่ำลงมากใน 3-5 วันแรกหลังคลอด

(4) มีความไม่สุขสบายและรำคาญ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น มีน้ำคาวปลาไหล เจ็บและตึงบริเวณแผลที่ฝีเย็บ ปวดมดลูก เต้านม หัวนม มีไข้ต่างๆ มีน้ำนมไหล เหงื่อออกมาก ปัสสาวะบ่อย ท้องผูก ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ทำให้หงุดหงิดได้

(5) ความเหนื่อยหน่าย ไม่ได้พักผ่อนเพียงพอ แม้หลังคลอดควรได้พักผ่อนมากๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง 2 สัปดาห์แรกหลังคลอด เนื่องจากเสียพลังงาน เสียเลือด และมีความเครียดทางด้านจิตใจเนื่องจากการคลอดลูก ถ้าพักผ่อนไม่เพียงพออาจทำให้อารมณ์เสีย หงุดหงิด

(6) ความรู้สึกสูญเสียด้านร่างกายในระยะหลังคลอด เพราะเคยมีทารกอยู่ในครรภ์ถึง 9 เดือน เคยได้รู้สึกถึงการเคลื่อนไหวหรือการดิ้นของทารกในครรภ์ แต่เมื่อมีเวลาทารกคลอดออกไปแล้วผู้เป็นแม่อาจรู้สึกสูญเสีย รู้สึกถึงความว่างเปล่า

(7) ความรู้สึกว่าตนเองสูญเสียความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสนใจเอาใจใส่ของสามี และผู้เกี่ยวข้อง เพราะตัวแม่เองได้รับความเอาใจใส่มาตลอดระยะตั้งครรภ์ แต่เมื่อคลอดแล้วศูนย์กลางของความสนใจไปอยู่ที่ทารกแทน ซึ่งแม้ตนเองจะพอใจที่สามีสนใจทารก แต่ขณะเดียวกันก็ต้องการให้สามีเอาใจใส่ตนด้วย

(8) ความรู้สึกไม่มั่นใจต่อการปรับตัวรับบทบาทของการเป็นแม่ โดยเฉพาะครรภ์แรก การขาดความมั่นใจทำให้แม่ระแวงต่อข้อแนะนำหรือพฤติกรรมของผู้อื่นที่มีต่อความสามารถของตนเองในการดูแลทารก

(9) ความรู้สึกสูญเสียความงาม โดยเฉพาะหญิงที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น ในขณะตั้งครรภ์ แม้หลังคลอดจะมีน้ำหนักลดลงบ้าง แต่ก็ยังคงความอ้วนอยู่ ทำให้กังวลเกี่ยวกับรูปร่างและการแต่งกายที่เหมาะสม

(10) เกิดความรู้สึกลังเลที่มีลูก โดยเฉพาะหญิงครรภ์แรก เนื่องจากเกิดความรู้สึกกังวลเรื่องการเลี้ยงดู และการปฏิบัติตัวของตนต่อไปในอนาคตที่จะต้องเปลี่ยนไป

(11) ความรู้สึกผิดหวังกับกระบวนการคลอด เช่น การคลอดไม่ได้เป็นไปตามที่คาดหวังหรือหญิงหลังคลอดรู้สึกว่าตนเองทำผิดพลาดในกระบวนการคลอด ทำให้เกิดความรู้สึกผิดในใจ

(12) ความรู้สึกผิดหวังในตัวลูก เช่น ลูกตัวเล็กเกินไป ไม่น่ารักอย่างที่วาดฝันไว้ หรือเพศไม่ตรงตามต้องการ

(13) ภาระงานบ้าน การที่ต้องอยู่บ้านและรับภาระเลี้ยงดูทารกแรกเกิดเพียงผู้เดียวโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ และอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เต็มที่ เป็นภาวะที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ง่าย

ความรุนแรงมักขึ้นกับพื้นฐานทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ส่วนใหญ่อาการจะหายไปได้เอง เพียงแต่ให้กำลังใจและประคับประคองจิตใจ ถ้าอาการยังคงอยู่หรือเลวลงต้องตรวจหาว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดหรือไม่

2) ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum Depression) เป็นภาวะที่พบได้ค่อนข้างบ่อย จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในต่างประเทศพบว่าแม่หลังคลอดมีอุบัติการณ์ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 13 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 19 (Michael W O'Hara & McCabe, 2013) จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ. 2015 (World Health Organization) พบว่าในประเทศที่กำลังพัฒนามีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดร้อยละ 20 ในประเทศไทยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอดร้อยละ 9.5-25 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากอดีตเช่นกัน คือ ประมาณร้อยละ 9-25 (จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ และ กมลรัตน์ วัชรภรณ์, 2548; ทรรพนันท์ จุลพล, และ ชื่นฤทัย ยี่เขียน, 2558; นกสนันท์ สุขเกษม, 2559; เบญจพร ปัญญาวยง, 2555; วัลยา เชาว์พานิชย์เวช, 2558; เอกชัย เพ็ชรพรประภาส, และมาโนช หล่อตระกูล, 2552) แม่ส่วนใหญ่จะมีอาการในช่วงเดือนแรกหลังคลอด แต่บางรายอาจเริ่มมีอาการตั้งแต่ช่วงก่อนคลอด แม่บางคนอาจเกิดอาการขึ้นทันทีภายหลังคลอดช่วงสั้นๆ โดยส่วนใหญ่อาการของโรคค่อยๆ เกิดในระยะเวลา 6 เดือนแรกหลังคลอด อาการต่างๆ เหมือนโรคซึมเศร้าทั่วไป คือ มีอารมณ์ซึมเศร้า (Depressed Mood) เบื่อหน่ายไปหมด (Anhedonia) หดเหี่ยวแรง (Low Energy) อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ หงุดหงิดง่าย ไม่มีความรู้สึกทางเพศ รู้สึกว่าตนเองทำอะไรผิดหรือทำบาปกรรมไว้ (Guilty Rumination) วิตกกังวล และมีอาการย้ำคิดย้ำทำ สيناพร วิทยาวนิชชัย (2553) อาจมีการกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของลูกมาก ความรู้สึกไม่ต้องการลูกแสดงออกมาในรูปแบบ Guilt Feeling คิดซ้ำๆ วิตกกังวลตนเองจะเผลอทำร้ายลูกจนเอาอาวุธหรือของมีคมไปซ่อนจนหมดควบคุมอารมณ์ไม่ได้เมื่อลูกร้องไม่หยุดหรือไม่ดูนม บางรายมีอาการเศร้าถึงขนาดทำร้ายตัวเอง บางรายมีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจในการทำงานแม้แต่การเลี้ยงดูลูก บางครั้งก็แสดงออกตรงไปตรงมา ร้องไห้คร่ำครวญ ว่าตนไม่มีความสามารถจะเลี้ยงดูลูกได้ ตนเป็นแม่ที่ไม่ดี ไม่เข้าใจความต้องการของลูก อารมณ์มักจะเริ่ม 1 สัปดาห์หลังคลอด อาจจะเป็นอยู่นานถึง 1 ปี ลักษณะสำคัญที่ต่างจากภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด คือ อาการรุนแรงมากกว่าจนถึงขั้นรบกวนการเลี้ยงดูทารก และอาการเป็นอยู่นานเกิน 2 สัปดาห์ ความสัมพันธ์ของโรคกับอายุและลำดับการตั้งครรภ์ไม่ชัดเจน ถ้ามีประวัติเคยเป็นในครรภ์แรกมาก่อนมักจะเพิ่มความเสี่ยงในครรภ์ต่อไป ระยะเวลาที่เป็นอาจเป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือน ซึ่งนานกว่า Maternity Blues การรักษาต้องใช้ทั้งจิตบำบัด และการใช้ยา เพราะถ้าไม่รักษาแล้วจะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแม่และทารกและความสัมพันธ์ในครอบครัวเสียไป จุดมุ่งหมายในการรักษาด้วยจิตบำบัด พยายามลดความขัดแย้งในใจ และช่วยให้แม่เข้าใจความรู้สึก และอารมณ์ตนเองดีขึ้น สำหรับการให้ยาจะช่วยบรรเทาอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย มักจะได้ผล 2-4 สัปดาห์หลังทานยา ในรายที่รุนแรงอาจจำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือใช้ Electroconvulsive Therapy (ECT) (สมภพ เรืองตระกูล, 2551) ถ้าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดไม่ได้รับการแก้ไขและการช่วยเหลือที่ถูกต้อง อาการจะรุนแรงมากขึ้นจนกลายเป็น “โรคจิตหลังคลอด”

3) โรคจิตหลังคลอด (Postpartum Psychosis) Kendell et al., (1987) และ สيناพร วิทยาวนิชชัย (2553) กล่าวว่า เป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อยคือ ประมาณร้อยละ 0.1-0.2 แต่มีอาการรุนแรงมากกว่า โดยมักเริ่มมีอาการในช่วง 2-3 วันแรกหลังคลอด มีส่วนน้อยที่เริ่มแสดงอาการหลัง 2 สัปดาห์ในช่วงหลังคลอด อาการแสดงเริ่มแรกคือ สับสน อาจจะตื่นตระหนก หลังจากนั้นอาการต่างๆ จะเกิดขึ้นตามมาอย่างรวดเร็ว เช่น อารมณ์ซึมเศร้าหรืออารมณ์ดีผิดปกติ อารมณ์เปลี่ยนแปลงเร็ว มีพฤติกรรมวุ่นวาย มีความคิดหลงผิดหรือมีความเชื่อผิดๆ รวมทั้งมีประสาทหลอนทางโสตสัมผัส หรือ

คิดว่าจะถูกทำร้าย ผุดลุกผุดนั่ง หงุดหงิด นอนไม่หลับ มักเกิดในครรภ์แรก สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่จะพบในผู้ป่วยที่เคยมีประวัติ Manic Depressive และ Schizophrenia ต้องระมัดระวังการทำร้ายตนเองหรือลูก ต้องใช้ยารักษา ในระยะที่พยายามฆ่าตัวตายควรพิจารณาการรักษาด้วย ETC ถ้าเริ่มเป็นในระยะ 3-4 วันแรกหลังคลอด มักมีอาการ Confusion สูญเสียสมาธิ และความทรงจำคล้ายเป็น Toxic Psychosis หรือมี Biological Stress มาร่วมด้วย อาการมักจะเริ่มด้วยนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย หงุดหงิดง่าย ต่อมาเริ่มวุ่นวาย พุดมากเพื่อจ้อง ทำท่าทางแปลกๆ หรือร้องไห้คร่ำครวญหาแม่ อารมณ์ที่แสดงออกมักเฉยเมย หงุดหงิด ซึมเศร้า มักมีอาการหลงผิดว่ายังไม่ได้คลอดลูก ลูกตาย หรือพิการ มีคนคอยปองร้ายลูก หรือคิดว่ามีคนมาลักพาลูกไป หรือเอาไปฆ่า มีประสาทหลอนทางหู ไปในทำนองเดียวกับอาการหลงผิด การฆ่าลูก (Infanticide) พบได้รวมร้อยละ 0.2 โดยอาจใช้วิธี หนอนอุดจมูกและปาก โยนลูกทิ้งในตุ่มน้ำ หรือโยนลูกเล่น ถ้าสามีมีส่วนเป็นต้นเหตุด้วยก็จะแสดงออกโดยการจำสามีไม่ได้ หรือจำชื่อสามีเป็นชื่ออื่น ซึ่งอาการเหล่านี้จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่โรคนี้ก็เป็นโรคที่พบได้น้อยมากโดยมีรายงานจากต่างประเทศว่าพบได้ประมาณ 1-2 ราย จากการคลอด 1,000 รายเท่านั้น หากแม่มีอาการอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ควรรีบไปพบแพทย์ทันที

- (1) เห็นหรือได้ยินสิ่งที่ไม่มีตัวตน
- (2) ไม่แน่ใจว่าสิ่งใดเป็นเรื่องจริงหรือไม่ใช่เรื่องจริง
- (3) มีความคิดว่าจะทำร้ายลูกหรือทำร้ายตนเอง
- (4) มีความคิดว่าจะฆ่าตัวตายหรือฆาตกรรม

Stewart, D.E. et al. (2003) ได้ทำตารางสรุปภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติหลังคลอดโดยปรับจากตารางของ Nonacs and Cohen (1998) ดังแสดงในตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 ตารางสรุปภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติหลังคลอดเวลาเริ่มแสดงอาการ ระยะเวลาและการรักษา

ภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติ	ความชุก	ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ	ระยะเวลาแสดงอาการ	การรักษา
ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด	30-75%	วันที่ 3 - 4	ชั่วโมง - วัน	ให้คำปรึกษา
ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	10-15%	ภายใน 12 เดือน	สัปดาห์ - เดือน	ให้การรักษา
ภาวะโรคจิตหลังคลอด	0.1-0.2%	ภายใน 2 สัปดาห์	สัปดาห์ - เดือน	ให้การรักษาแบบผู้ป่วยใน

2.4 สาเหตุของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

วิลเลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ (2548) ได้อธิบายว่า สาเหตุของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าการคลอดบุตรไม่ได้เป็นสาเหตุสำคัญอย่างเดียว แต่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหลายสิ่งหลายอย่างด้วยกัน คือบุคลิกภาพของแม่ ภาวะจิตสังคม ความตึงเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และปัจจัยส่งเสริมหลายประการซึ่งพอจะจำแนกได้ดังนี้

1) ความตึงเครียดทางร่างกาย (Biological Stress) ซึ่งสามารถแบ่งได้ดังนี้

(1) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น การเสียเลือด เสียน้ำ เสียเกลือแร่และเนื้อเยื่อถูกทำลาย ร่างกายเหนื่อยล้า เนื่องจากการมีการคลอดลำบาก ใช้เวลานาน มีความเจ็บปวดมาก หรือมีการติดเชื้อ เป็นต้น

(2) การเปลี่ยนแปลงของต่อมไร้ท่อ มีการเปลี่ยนแปลงในระดับฮอร์โมน ได้แก่ การลดลงของฮอร์โมน Estrogen และฮอร์โมน Progesterone ในระยะหลังคลอดทันที มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน Prolactin ที่เพิ่มสูงขึ้น ในระยะหลังคลอด นอกจากนี้ยังมีการลดลงของฮอร์โมน Norepinephrine และฮอร์โมน Thyroxine ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญทำให้เกิดอาการของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ โดยเฉพาะในรายที่แนวโน้มที่จะเกิดอาการอยู่แล้ว

(3) การคลอดยาก หรือการบาดเจ็บจากการคลอดนานๆ ในระยะคลอดอาจมีผลทำให้เกิดความผิดปกติของจิตใจได้

2) ความตึงเครียดทางจิตใจ (Psychological Stress) มีองค์ประกอบทางจิตใจ

หลายอย่างที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เช่น

(1) มีปัญหาความยุ่งยาก เกี่ยวกับชีวิตสมรส หม้าย หรือแยกกันอยู่ ไม่ได้ได้รับความเห็นใจ เข้าใจ ความเอาใจใส่จากสามี ถูกทอดทิ้งละเลย มีความรู้สึกในแง่ลบต่อสามี

(2) การตั้งครรภ์ในครั้งนี้ไม่พึงปรารถนาหรือเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า

(3) ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือหรือขาดสามี และญาติมาให้ความเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิดในยามที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

(4) มีความวิตกกังวล กลัวว่าบุตรจะพิการ กลัวสามีจะนอกใจ หรือกังวลใจว่ารูปร่างของตนเองจะไม่กลับสู่สภาพปกติหลังคลอด

(5) มีความวิตกกังวลต่อภาระหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตร มีความยุ่งยากและสับสนกับบทบาทการเป็นแม่ มีความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายในการที่จะเลียนแบบบทบาทการเป็นแม่จากแม่ของตนเองหรือขาดรูปแบบของการเป็นแม่ที่ดี ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความรู้สึกสับสนและมีการปรับตัวต่อการเป็นแม่ได้ยาก ความคับข้องใจและความล้มเหลวในการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นแม่ อาจทำให้เกิดความรู้สึกผิดและสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองจึงเป็นสาเหตุของความผิดปกติทางจิตใจภายหลังคลอดได้

(6) ความเจ็บป่วยทางจิตใจ ได้แก่ ประวัติความผิดปกติทางจิตของบุคคลภายในครอบครัว หรือความผิดปกติทางจิตของตัวแม่ เช่น แม่ที่เคยมีประวัติซึมเศร้าภายหลังจากการคลอดบุตรคนแรกมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซ้ำได้ในการคลอดครั้งหลังหรือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์ อาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอดได้

3) ความตึงเครียดทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social Stress) ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ยาจน หรือสามีสตงาน อาจทำให้แม่เกิดความวิตกกังวลในการหาซื้อของใช้สำหรับทารก แม่ที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอด อาจเกิดความไม่แน่ใจว่าตนเองจะสามารถเลี้ยงดูบุตรได้หรือไม่ หรือแม่ที่มีประสบการณ์การสูญเสียและมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในช่วงเวลา 1-2 ปีก่อนคลอด เช่น การตายของบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด และมีความสำคัญในชีวิต การย้ายบ้าน การสูญเสียหน้าที่การทำงาน การเลื่อนตำแหน่งการทำงาน และการประสบความล้มเหลวในการดำรงชีวิต เป็นต้น

2.5 ผลของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็ก

การศึกษา Meta-analysis ของ Fariás-antúnez et al. (2018) พบว่าเด็กที่แม่มีภาวะซึมเศร้า มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเด็กทั่วไปที่อายุ 3-12 เดือนและมีการหยุดชะงักของความสูงที่อายุ 3 เดือน – 5 ปี

Canadian Pediatric Society, Mental Health and Developmental Disabilities Committee (Bernard-Bonnin, 2004) ได้กล่าวถึงผลของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่อการพัฒนาการของเด็ก ดังแสดงในตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 ผลของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่อการพัฒนาการของเด็ก

วัยทารก	
ปัญหาพฤติกรรม	รับรู้ความโกรธของแม่ และตอบสนองโดยการถอยหนีไม่เข้าหาแม่
ปัญหาสติปัญญา	สติปัญญาต่ำ
วัยเตาะแตะ	
ปัญหาพฤติกรรม	ไม่ร่วมมือ แสดงออกความเป็นตัวเอง (Autonomy) น้อยกว่าวัย มีปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม มีปฏิสัมพันธ์กับคนน้อยกว่าทั่วไป
ปัญหาสติปัญญา	สติปัญญาต่ำ การเล่นอย่างสร้างสรรค์น้อยกว่าวัย
วัยเรียน	
ปัญหาพฤติกรรม	ความสามารถในการปรับตัวบกพร่อง มีปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม เช่น โรคทางอารมณ์ (Affective Disorders) โรควิตกกังวล (Anxiety Disorders) ภาวะพฤติกรรมเกร (Conduct Disorders)
ปัญหาการเรียน	ระดับสติปัญญาต่ำ (Lower IQ) โรคสมาธิสั้น (ADHD)
วัยรุ่น	
ปัญหาพฤติกรรม	โรคทางอารมณ์ (Affective Disorders) เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล (Anxiety Disorders) ภาวะพฤติกรรมเกร (Conduct Disorders) การใช้ยาเสพติดและภาวะติดสุรา
ปัญหาการเรียน	โรคสมาธิสั้น (ADHD) โรคบกพร่องการเรียนรู้ (Learning Disorders)

2.6 ผลของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่อการดูแลทารก

การศึกษา Meta-analysis ของ Lovejoy et al. (2000) พบว่าแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าในช่วง 3 เดือนของการคลอดบุตร มีอารมณ์หงุดหงิด ไม่เป็นมิตร มีความสัมพันธ์กับคนอื่นน้อย แสดงความอบอุ่นและเล่นกับลูกน้อยกว่าแม่ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การศึกษาของ Righetti-Veltema et al. (2002) ในประเทศสวิตเซอร์แลนด์พบว่าแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สื่อสารด้วยสายตาและยิ้มตอบลูกน้อยกว่าแม่ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การศึกษาของ Murray et al. (1996) พบว่าแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความไวต่ออารมณ์ของลูกน้อยกว่าแม่ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การศึกษาของ Ferber et al. (2008) พบว่าแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสัมผัสลูกด้วยความรักน้อยกว่าแม่ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การศึกษาของ Paulson et al. (2006) พบว่าแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดทำกิจกรรมร่วมกับลูก เช่น อ่านหนังสือ ร้องเพลง เล่นนิทาน เล่นเกม น้อยกว่าแม่ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การศึกษาของ Herrera et al. (2004) และ Kaplan et al. (1999) พบว่าแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดใช้คำพูดกับลูกแตกต่างจากปกติ ทวนคำพูด อธิบาย แนะนำ ถามคำถามลูกน้อยกว่า รวมถึงใช้คำพูดทางลบมากกว่าแม่ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การศึกษาจาก NICHD Early Child Care Research Network (1999) พบว่าทารกที่แม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพูดสื่อความหมายและมีความสามารถทางภาษาน้อยกว่าแม่ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การศึกษา Meta-analysis ของ Field (2010) พบว่าแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีส่วนร่วมในการให้นมแม่ต่อเนื้อมีน้อยกว่า ใช้การลงโทษที่รุนแรงและมีความคิดทำร้ายลูกมากกว่าแม่ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ส่วนเด็กที่แม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีปัญหาการนอน ตื่นบ่อย และเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมากกว่าเด็กที่แม่ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในทางตรงกันข้ามเด็กที่แม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีส่วนร่วมที่ได้นั่งที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก (Car Seat) และได้รับการทางการแพทย์เชิงป้องกันน้อยกว่าเด็กที่แม่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

2.7 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่คณะผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) (A T Beck, 1967; Aaron T. Beck et al., 1979) อธิบายว่าอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ โดยการทำงานของกระบวนการทางปัญญา คือ เมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไปกระบวนการทางปัญญาจะรับรู้และแปลความสิ่งเร้าที่เข้ามา ทำให้บุคคลแสดงอารมณ์และพฤติกรรมต่อสิ่งเร้านั้นๆ ดังนั้นประสบการณ์ที่เจ็บปวดในชีวิตที่ผ่านมา จะทำให้บุคคลนั้นประมวลเรื่องราวหรือสร้างโครงสร้างความคิดเกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต ซึ่งการประมวลเรื่องราวเหล่านั้นจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการแสดงพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งในระยะนี้หากบุคคลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือก็จะทำให้บุคคลนั้น มีการประมวลเหตุการณ์ที่เป็นไปในทางบวก แต่หากบุคคลนั้นไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนจากความเป็นจริงและสะสมมาเรื่อยๆ เกิดความเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด ดังนั้นเมื่อบุคคล

ประสบการณ์วิกฤตในชีวิต จะทำให้การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตของบุคคลนั้น กระตุ้นให้เกิดการแปลความและเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

2.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในแม่หลังคลอดปกติ ได้แก่ อายุ (Mercer, 1981; วรพรรณ ผดุงโยธี, 2545) ระดับการศึกษา (Beck, 1967; ปิ่นแก้ว โชติอำนวย, 2544) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวและการเบิกค่ารักษาพยาบาล (Jencen and Bobak, 1985; สายลม เกิดประเสริฐ, 2541; วรพรรณ ผดุงโยธี, 2545) จำนวนบุตร (สายลม เกิดประเสริฐ, 2541; พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล และคณะ, 2543) ความพึงพอใจในชีวิตสมรส (พรศรี ดิสรตติวัฒน์, 2542; พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล และคณะ, 2543) การมีครอบครัวเดี่ยวและจำนวนสมาชิกในครอบครัว (Pillitteri, 2003) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (Yoshida et al., 1997) การสนับสนุนทางสังคม (อัจฉรีย์ ทองสวรรค์, 2543; พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, 2540) ประวัติสุขภาพจิตในอดีต (พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, 2540) สัมพันธภาพในครอบครัว (Pillitteri, 2003) ประวัติซึมเศร้าหลังคลอดในครรภ์ก่อนหรือการมีภาวะซึมเศร้าในช่วงตั้งครรภ์นี้ (จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ และ กมลรัตน์ วัชรารณ, 2548; เอกชัย เพ็ชรพรประภาส และ มาโนช หล่อตระกูล, 2552) การมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด (จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ และ กมลรัตน์ วัชรารณ, 2548; เอกชัย เพ็ชรพรประภาส และ มาโนช หล่อตระกูล, 2552) การเป็นกลุ่มชนอพยพ (Gaillard et al., 2014) การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาไม่ครบสมบูรณ์ (Mathisen et al., 2013) ฤดูกาลที่คลอด (Weobong et al., 2014) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

● อายุ

โดยทั่วไปภาวะซึมเศร้าพบได้ในทุกช่วงอายุ สำหรับภาวะซึมเศร้าในแม่หลังคลอดพบมากในช่วงอายุน้อยกว่า 20 ปี และมากกว่า 30 ปี (Mercer, 1981) จากการศึกษาของเมอร์เซอร์ (Mercer, 1981) พบว่าหญิงที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปจะเริ่มมีวุฒิภาวะทางด้านจิตใจพร้อมในการเลี้ยงดูบุตรมากที่สุด ส่วนในผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 30 ปีจะเป็นกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการตั้งครรภ์และการคลอด จึงมีโอกาสนในการเกิดการตายของทารกสูง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ จากการศึกษาของ วรพรรณ ผดุงโยธี (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ปัจจัยส่วนบุคคล และอาการซึมเศร้าภายหลังคลอดของแม่ พบว่าแม่ที่มีอายุเกิน 30 ปีขึ้นไป จะมีความพร้อมทางด้านวุฒิภาวะ และมีความสำเร็จในบทบาทอื่นมาก่อน จึงมีการปรับตัวต่อบทบาทแม่ที่ดี และอายุสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการศึกษาของ อัจฉรีย์ ทองสวรรค์ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนในระยะหลังคลอด ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของบุตรกับอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในระยะหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแม่หลังคลอด

● ระดับการศึกษา

Beck (1967) กล่าวว่าระดับการศึกษาเป็นตัวบ่งชี้สถานะทางสังคม จากการศึกษาของ Beck พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยที่ผู้มีการศึกษาดำเนินคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง สอดคล้องกับ

การศึกษาของ ปิ่นแก้ว โชติอำนวย (2544) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถทำนายอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด ซึ่งมารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัว จำนวน 100 ราย พบว่า ระดับการศึกษาสามารถร่วมทำนายอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ความเพียงพอของรายได้

Jensen and Bobak (1985) กล่าวว่า แม่ที่มีรายได้ไม่เพียงพอและมีปัญหาทางเศรษฐกิจ เมื่อคลอดบุตรทำให้แม่มีความเครียดเพิ่มมากขึ้นต่อค่าใช้จ่ายของตนเองและบุตร จึงเป็นข้อจำกัดในการจัดหาสิ่งของหรือเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดของบุตรเป็นสิ่งที่เป็นทุกข์และอาจทำให้แม่ไม่ปรารถนาที่จะดูแลบุตรของตนเอง และจากการศึกษาของ วรพรรณ ผดุงโยธี (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ปัจจัยส่วนบุคคลและอาการซึมเศร้าหลังคลอดของแม่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 25 และรายได้ครอบครัวสามารถร่วมทำนายอาการซึมเศร้าหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสายลม เกิดประเสริฐ (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลแรงสนับสนุนจากคู่สมรส การปรับเปลี่ยนบทบาท การเป็นแม่และอาการซึมเศร้าหลังคลอดผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัว การเบิกค่ารักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการศึกษาของ อัจฉริย์ ทองสวรรค์ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลแรงสนับสนุนในระยะหลังคลอด ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของบุตร กับอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในระยะหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่าความเพียงพอของรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแม่หลังคลอด

- จำนวนบุตร

จากการศึกษาของ พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล และคณะ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนจากคู่สมรสการเปลี่ยนบทบาทเป็นแม่ และอาการซึมเศร้าภายหลังคลอดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 ราย ผลการศึกษาพบว่า จำนวนบุตรมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าภายหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สายลม เกิดประเสริฐ (2541) พบว่า จำนวนบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของแม่หลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ความพึงพอใจในชีวิตสมรส

Braverman & Roux (1978) กล่าวว่าแม่หลังคลอดที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสามีทั้งด้านความรักความเข้าใจการช่วยเหลือเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งการแสดงความรักชื่นชมในตัวภรรยา จะทำให้ภรรยามีสุขภาพจิตที่ดี ตรงกันข้ามกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีสามี แยกทางกันหรือหย่าร้างนั้น มักจะมีอาการซึมเศร้าภายหลังคลอดมากกว่า Cutrona (1982) ซึ่งอธิบายได้ว่า ในแม่หลังคลอดที่ไม่มีสามีจะต้องเผชิญทั้งในเรื่องการเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง และขาดเงินทองที่จะนำมาใช้เป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ และพบว่า บางรายต้องออกจากงานที่เคยทำยิ่งทำให้สูญเสียรายได้ยิ่งขึ้น ความเครียดที่สะสมอาจเป็นสาเหตุให้เกิดอาการซึมเศร้าภายหลังคลอดได้ การศึกษาของ พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล และคณะ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนจากคู่สมรส การเปลี่ยนบทบาทเป็นแม่และอาการซึมเศร้าภายหลังคลอด ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในคู่สมรสและแรงสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าหลังคลอด และจากการศึกษาของ พรศรี ดิสรเตตวิวัฒน์ (2542) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าของแม่

หลังคลอดในโรงพยาบาลมาราธิบติพบว่า ความพึงพอใจในชีวิตสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ อัจฉริย์ ทองสวรรค์ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนในระยะหลังคลอด ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของบุตรกับอาการวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าในระยะหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในชีวิตสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแม่หลังคลอด

- การมีครอบครัวเดี่ยวและจำนวนสมาชิกในครอบครัว

จากการศึกษาของ Pillitteri (2003) แม่ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกหลายคนจะทำให้แม่สามารถเผชิญปัญหาได้ดีกว่า

- เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา

แม่ที่มีประสบการณ์การสูญเสีย หรือมีเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงของชีวิตในช่วงเวลา 1-2 ปี ก่อนคลอด เช่น การตายของบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและมีความสำคัญในชีวิต หรือมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิต เช่น การย้ายบ้าน การสูญเสียหน้าที่การงาน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ วรรณพักตร์ วิวัฒน์วงศา (2550) และ วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ (2546) ซึ่ง Holmes and Rahe (1967) ได้สร้างเกณฑ์มาตรฐานในการวัดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต โดยมีแนวคิดที่ว่า เหตุการณ์ใดๆ ที่เกิดขึ้นกับบุคคล แล้วทำให้บุคคลนั้นๆ มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่ว่าเป็นเหตุการณ์ทางบวกหรือทางลบ ย่อมทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดได้ รวมถึงเหตุการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ควรนำความยินดีมาสู่ครอบครัวแต่ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้แม่เกิดความเครียดเช่นกัน จากการศึกษาของ Yoshida et al. (1997) ศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของแม่ชาวญี่ปุ่น ทำการศึกษาในวันที่ห้า หนึ่งเดือนและสามเดือนหลังคลอด พบความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ระยะเวลาสามเดือนหลังคลอด ร้อยละ 12 และพบว่า ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแม่หลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Beck (2001) ทำการศึกษาแบบ Meta-analysis โดยรวบรวมงานวิจัยหลาย ๆ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในแม่หลังคลอดมาวิเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียดจากการดูแลบุตร ภาวะวิตกกังวลก่อนคลอด การสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์ภาพของคู่สมรส ประวัติการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า พื้นฐานทางอารมณ์ของทารก อารมณ์เศร้าหลังคลอด สถานภาพสมรส สถานภาพทางเศรษฐกิจ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และเหตุการณ์ความตึงเครียดในชีวิตที่ผ่านมา ปัจจัยต่างๆเหล่านี้มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

- การสนับสนุนทางสังคม

พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540), Gjerdingen et al.,(1991), Jordan (1989) กล่าวว่า การสนับสนุนที่ดีทางสังคมจะมีส่วนช่วยสนับสนุนให้แม่ปรับตัวได้ดีขึ้น ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม นับว่าเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ หรือความเจ็บป่วยของมนุษย์โดยจะทำให้คนมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์ที่มั่นคง และส่งเสริมการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนได้ดียิ่งขึ้น จากการศึกษาของ พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) พบว่าแม่หลังคลอดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ จะทำให้แม่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นแม่ได้ง่าย เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพกายและจิต เช่น รู้สึกเครียดวิตกกังวลซึมเศร้า มีความรู้ว่ตนไม่สามารถเป็นแม่ที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริย์ ทองสวรรค์ (2543) ศึกษาในหญิงหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ที่มาใช้บริการที่

โรงพยาบาลรามาธิบดีจำนวน 120 ราย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในระยะหลังคลอดเป็นตัวแปรตัวเดียวที่สามารถทำนายความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดได้

- สัมพันธภาพภายในครอบครัว

Kaplan and Sadock (1998) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่เล็กที่สุดในสังคม และสมาชิกภายในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้น เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดเจ็บป่วยสมาชิกในครอบครัวก็จะเข้ามารับบทบาทแทน สามารถทำงานแทนหรือช่วยแบ่งเบาภาระงานของแม่ได้หรือเป็นบุคคลที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาหรือความเครียดต่างๆ ในชีวิตได้เป็นอย่างดี และอุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) กล่าวว่าจำนวนสมาชิกภายในครอบครัวที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของสมาชิกได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ย่อมส่งผลให้แม่รู้สึกมั่นคง อบอุ่น มีการปรับตัวเหมาะสมนำไปสู่สุขภาพที่ดี ในทางกลับกัน ถ้าครอบครัวที่สัมพันธ์ภาพที่ไม่เหมาะสมขัดแย้งกันขาดการดูแลขาดความห่วงใย อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งของกันและกัน รู้สึกไม่มีที่พึ่งพิง มีความเปราะบางทางอารมณ์และความคิด ส่งผลให้เกิดปัญหาทางจิตได้ จากการศึกษาของ Pillitteri (2003) พบว่าสัมพันธภาพภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในแม่หลังคลอด และแม่ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกหลายคนจะทำให้แม่สามารถเผชิญปัญหาได้ดี

- ประวัติซึมเศร้าหลังคลอดในครรภ์ก่อนหรือการมีภาวะซึมเศร้าในช่วงตั้งครรภ์นี้

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการคลอดและสุขภาพของทารกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลรามาธิบดีของเอกชัย เพ็ชรพรประภาส และ มาโนช หล่อตระกูล (2552) โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างมารดาซึ่งมารับการตรวจหลังคลอดบุตรที่ 6 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 200 ราย พบว่าประวัติซึมเศร้าหลังคลอดในครรภ์ก่อนหรือการมีภาวะซึมเศร้าในช่วงตั้งครรภ์นี้สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($p = 0.04$) สอดคล้องกับการศึกษาของจารุรินทร์ ปิตานพวงศ์และกมลรัตน์ วัชรภรณ์ (2548) ซึ่งศึกษาในหญิง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด 253 รายในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าความรู้สึกละเลยความสุขขณะตั้งครรภ์สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($OR = 3.54$, $95\% CI = 1.36-9.17$)

- การมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการคลอดและสุขภาพของทารกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลรามาธิบดีของเอกชัย เพ็ชรพรประภาส และ มาโนช หล่อตระกูล (2552) โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างมารดาซึ่งมารับการตรวจหลังคลอดบุตรที่ 6 สัปดาห์หลังคลอด จำนวน 200 ราย พบว่าการมีทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($p = 0.04$) สอดคล้องกับการศึกษาของจารุรินทร์ ปิตานพวงศ์และ กมลรัตน์ วัชรภรณ์ (2548) ซึ่งศึกษาในหญิง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด 253 รายในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าการมีโรคที่รบกวนหลังคลอดและความเจ็บป่วยของทารกในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($OR = 7.14$, $95\% CI = 1.72-25.0$ และ $OR = 5.88$, $95\% CI = 1.20-25.0$)

- การเป็นกลุ่มชนอพยพ

จากการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด จำนวน 312 รายของ Gaillard et al. (2014) พบว่าการเป็นกลุ่มชนอพยพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

- การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาไม่ครบสมบูรณ์

จากการศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในหญิงหลังคลอด 4-12 สัปดาห์ ชาวอาร์เจนตินาจำนวน 86 ราย Mathisen et al. (2013) พบว่าการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาไม่ครบสมบูรณ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

- ฤดูกาลที่คลอด

จากการศึกษาการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงชาวเกาหลี ขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด จำนวน 13,360 รายของ Weobong et al. (2014) พบว่าฤดูกาลเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

3. การรักษาแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

3.1 แนวคิดในการรักษาแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum Depression) ตามหลักการให้การรักษา Postpartum Depression เช่นเดียวกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นช่วงเวลาอื่นของชีวิต การให้การรักษาเร็ว การพยากรณ์โรคจะดี โดยจะแบ่งการรักษา ดังนี้

(1) การรักษาโดยไม่ใช้ยา รักษาด้วยวิธี Cognitive-Behavioral Therapy โดยมุ่งประเด็นที่การไม่มีความสามารถดูแลเด็ก ขาดการสนับสนุน และไม่มีกิจกรรมที่ให้ความสุข

อีกวิธีหนึ่งซึ่งได้ผลดี คือ Interpersonal Therapy โดยมุ่งประเด็นไปที่การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพที่มีปัญหาเกี่ยวกับคู่ครองและผู้สนับสนุนคนอื่น และมีการปฏิสัมพันธ์กับทารก

การบำบัดทั้ง 2 วิธีจะได้ผลดีในการรักษาผู้ป่วยซึ่งมาอาการซึมเศร้าไม่รุนแรง และมีความกังวลที่จะรับประทานยา อาจให้พยาบาลซึ่งไปเยี่ยมที่บ้านเป็นผู้รักษา

(2) การรักษาด้วยยา ให้การรักษาด้วยยาต้านเศร้าในกลุ่ม SSRIs เช่น Fluoxetine, Paroxetine และ Sertraline

การเลือกใช้ยาต้านเศร้าควรพิจารณาจากการตอบสนองต่อยาต้านเศร้าของผู้ป่วยก่อนหน้านี้ และผลข้างเคียงของยา ยาในกลุ่ม SSRIs มีฤทธิ์คลายกังวลด้วย ไม่ค่อยทำให้ง่วงนอนและมีผลข้างเคียงน้อย ส่วนยาในกลุ่ม Tricyclics มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอนและมีผลข้างเคียงค่อนข้างมาก ให้ยาในกลุ่ม Benzodiazepines เช่น Lorazepam และ Alprazolam รักษาอาการนอนไม่หลับ ต้องบอกให้ผู้หญิง ซึ่งวางแผนจะให้นมลูกว่า ยาทางจิตเวชทุกชนิด รวมทั้งยาต้านเศร้า จะถูกหลั่งออกมาในน้ำนม ความเข้มข้นของยาในน้ำนมมีความเข้มข้นแตกต่างกันมาก ยังไม่มีข้อมูลที่บ่งว่ายาต้านเศร้าชนิดใดชนิดหนึ่งปลอดภัยกว่าอีกชนิด ผลของยาต่อสมองของเด็กซึ่งกำลังพัฒนาในระยะยังไม่ทราบ ดังนั้นเพื่อความปลอดภัยไม่ควรให้นมแก่ลูก

(3) การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในรายที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง โดยเฉพาะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยซึ่งมีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงควรพิจารณาวิธีรักษาด้วยช็อกไฟฟ้า (ECT) เนื่องจากเป็นวิธีที่ปลอดภัยและได้ผลดีมาก

(4) การรักษาด้วยฮอร์โมน ในช่วงหลังคลอด มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนอย่างมาก โดยเฉพาะการลดระดับลงอย่างมากของ Estrogen และ Progesterone มีการศึกษาด้วยการให้ Progesterone รักษาแต่ยังไม่มีข้อมูลซึ่งบ่งถึงผลดีของ Progesterone

อนึ่ง มีการศึกษาพบว่า การให้ Estrogen ร่วมกับยาต้านเศร้า จะได้ผลดีในผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคนี้ แต่ก็ยังไม่เป็นที่ทราบกันแน่ชัดว่าผู้ป่วยเช่นโรคควรให้การรักษาด้วย Estrogen โดยรวมในผู้ป่วยซึ่งมีอาการซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรงควรให้การรักษาด้วยยาต้านเศร้า

โรคจิตหลังคลอด (Postpartum Psychosis) ถือว่าเป็นจิตเวชฉุกเฉิน ซึ่งต้องรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กันชัดเจนระหว่าง Postpartum Psychosis กับ Bipolar Disorder หลังการรักษาความเหมือนกัน การรักษาระยะสั้นควรให้ยาต้านโรคจิตและยาปรับอารมณ์ (Mood Stabilizers) ยาปรับอารมณ์ที่นำมาใช้รักษามี 2 ชนิด คือ Lithium และ Valproic Acid ห้ามให้นมแก่ลูก เนื่องจากยาจะถูกหลั่งออกมาในน้ำนมปริมาณมาก ซึ่งอาจเป็นพิษต่อลูก ส่วนการรักษาด้วยการช็อกไฟฟ้าจะได้ผลดี ความล้มเหลวในการรักษา Postpartum Psychosis จะทำให้ทั้งแม่และทารกเพิ่มความเสี่ยงอันตราย อัตราการฆ่าทารก (Infanticide) ในผู้ป่วยซึ่งเป็น Postpartum Psychosis และไม่ได้รับการรักษา สูงร้อยละ 4 ส่วนอัตราการฆ่าตัวตายสูงมาก แม้ว่าบางคนเสนอแนะให้หยุดยาภายหลังอาการโรคจิตหมดไปแล้วแต่มีผู้ให้ข้อแนะนำว่าควรให้ยาต่อไปนานกว่านั้น เนื่องจากผู้หญิงมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคทางจิตเวชในช่วงเวลานานถึง 1 ปี ภายหลังคลอด เมื่อมีอาการดีขึ้นมากแล้วควรลดยาด้านโรคจิตลงมาเป็น Maintenance Dose เพื่อป้องกันการเกิด Tardive Dyskinesia ส่วนยาปรับอารมณ์ควรให้ต่อไปเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ภูกุศล เหล่ารุจิสวัสดิ์ และคณะ (2550) กล่าวว่า ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดนั้นมีอาการไม่รุนแรงและสามารถดีขึ้นได้เอง จึงไม่จำเป็นต้องได้รับยาต้านเศร้า เพียงแค่ได้รับการปลอบโยนและประคับประคองจิตใจจากคนรอบข้าง โดยเฉพาะสามี สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนๆ ก็สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้

ส่วนโรคซึมเศร้าที่เกิดหลังคลอดเป็นโรคที่รุนแรงมากกว่าและไม่สามารถหายได้เอง การปลอบโยนและการประคับประคองจิตใจจากคนรอบข้าง ดังเช่นในภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดก็ยังจำเป็น แต่ควรต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และจำเป็นต้องได้รับยาต้านเศราร่วมกับการทำจิตบำบัด คนรอบข้างต้องช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการแบ่งเบาภาระหน้าที่ของผู้ป่วยในการดูแลทารกในบ้านและการทำงานอื่นๆ บ้าง เพราะผู้ป่วยทำอะไรไม่ได้มานานักขณะป่วย

3.2 โปรแกรมการดูแลด้านจิตสังคมในแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

จากการศึกษาของ Cicchetti et al. (2000) พบว่าการที่ทำจิตบำบัดในแม่และเด็ก (Toddler Parent Psychotherapy) ในแม่ที่ซึมเศร้าและเด็ก สัปดาห์ละครั้ง นาน 57 สัปดาห์ พบว่าเด็กที่ได้รับการบำบัดมีพัฒนาการดีกว่าเด็กที่แม่ซึมเศร้าแต่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาเปรียบเทียบการช่วยเหลือตามแนวทางปกติ (Routine Primary) กับการให้คำปรึกษา

จากการศึกษา Meta-analysis ของ Stephens et al. (2016) ศึกษาในหน่วยให้บริการผู้ป่วยแบบปฐมภูมิ พบว่าการทำจิตบำบัดแบบ CBT และ IPT ได้ผลในผู้หญิงที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ทั้งหลังการทำจิตบำบัดทันทีและติดตามหลังการทำจิตบำบัดที่ 6 เดือน การทำจิตบำบัดช่วยในการปรับตัวเพื่อเข้าสู่ความเป็นแม่ ความสัมพันธ์ในชีวิตสมรส และลดความเครียดและความกังวล โดยชนิดของจิตบำบัดไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

จากการศึกษา Meta-analysis ของ Stamou et al. (2018) พบว่าการทำจิตบำบัดแบบ CBT มีประสิทธิภาพในการดูแลแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 10 การศึกษาจากการทบทวนทั้งหมด 15 การศึกษา โดยผลดังกล่าวอยู่ได้ถึง 6 เดือนหลังการทำจิตบำบัดใน 12 การศึกษาได้ทำ CBT ที่บ้านของผู้เข้าร่วม (Individual Based and Home Visit) เวลาเฉลี่ย 9.78 ชั่วโมงต่อผู้เข้าร่วม 1 ราย ระยะเวลาเฉลี่ย 12.1 สัปดาห์ ดังแสดงในตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 เทคนิคของ CBT ในการบำบัดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

เทคนิคของ CBT	จำนวนการศึกษา
สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)	9
การปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive Restructuring)	9
ทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem Solving)	7
การจัดการพฤติกรรม (Behavior Management)	6
การวางเป้าหมายและทำเป้าหมายให้สำเร็จโดยใช้รูปภาพและกิจกรรม (Goal Setting and Goal Achieving Daily using Pictures and Structured Activities)	6
ทักษะการจัดการความเครียด (Stress Management)	6
เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation)	1

การศึกษา Systematic Review และ Meta-analysis ของ Clarke et al. (2013) ได้ทบทวนโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์และแม่หลังคลอดในประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง โดยรวบรวมเฉพาะโปรแกรมที่ไม่ได้ทำโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตได้ทั้งหมด 10 การศึกษาดังนี้

การศึกษาที่ใช้โปรแกรมทางจิตวิทยา (Psychological intervention)

การศึกษาของ Gao et al. (2010, 2012) ศึกษาการใช้โปรแกรม IPT แบบกลุ่มในหญิงตั้งครรภ์ ณ โรงพยาบาล และมีการบำบัดทางโทรศัพท์ที่ 2 สัปดาห์หลังคลอดที่บ้าน เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติโดยผู้ให้ intervention เป็นเจ้าหน้าที่ผดุงครรภ์ในโรงพยาบาล โปรแกรมทั้งหมด 3 ครั้ง มีการประเมินผลภาวะซึมเศร้าที่ 3 สัปดาห์และ 6 เดือนหลังคลอด ผลพบว่า OR = 0.48; 95% CI = 0.20, -1.15 และ Effect size = -0.54; 95% CI = -0.84, -0.23

การศึกษาของ Mao et al. (2012) ศึกษาการใช้โปรแกรม CBT แบบกลุ่ม ณ โรงพยาบาล เน้นการฝึกจัดการอารมณ์ โดยให้ Intervention 4 ครั้งก่อนคลอดและเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งที่ 4 สัปดาห์ หลังคลอด เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติโดยผู้ให้ Intervention เป็นสูติแพทย์มีการประเมินผล ภาวะซึมเศร้าที่สัปดาห์ที่ 36 ของการตั้งครรภ์และ 6 เดือนหลังคลอด พบว่า Effect size = -0.59; 95% CI = -0.85, -0.33

การศึกษาของ Rahman et al. (2009) ศึกษาการใช้โปรแกรม Home – Based CBT แบบเดี่ยวในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้า เปรียบเทียบกับการเยี่ยมบ้านแบบเข้มข้นโดยบุคลากร สาธารณสุข โดยผู้ให้ intervention เป็นหญิงที่มีบุตร ให้ intervention ที่การตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 และ ที่ 10 เดือนหลังคลอดโปรแกรมทั้งหมด 16 ครั้งเป็นเวลา 11 เดือนมีการประเมินผลภาวะซึมเศร้า ที่ 6 และ 12 เดือนหลังคลอด พบว่า OR = 0.22; 95% CI = 0.14, 0.36 และ Effect size = -0.39; 95% CI = -0.53, -0.25

การศึกษาที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Intervention)

การศึกษาของ Copper et al. (2009) ศึกษาการใช้โปรแกรมเยี่ยมบ้านแบบเดี่ยวที่เน้น การส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างแม่และทารก เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ โดยผู้ให้ intervention เป็นหญิงชาวบ้านทั่วไป ให้ intervention ตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึง 6 เดือนหลังคลอด โปรแกรมทั้งหมด 16 ครั้งเป็นเวลา 6 เดือน มีการประเมินผลภาวะซึมเศร้าที่ 6 และ 12 เดือนหลังคลอด พบว่า OR = 0.75; 95% CI = 0.41, -1.38 และ Effect size = -0.22; 95% CI = -0.42, -0.11

การศึกษาของ Hughes (2008) ศึกษาการใช้โปรแกรมเยี่ยมบ้านที่เน้นการฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening) และให้แม่หลังคลอดเป็นศูนย์กลางโดยให้ Intervention แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดทั้งในช่วงตั้งครรภ์และหลังคลอด มีการให้ Intervention แบบเดี่ยว 2 ครั้งและแบบกลุ่ม 3 ครั้ง รวมทั้งหมด 14 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ ผู้ให้ intervention เป็นหญิงชาวบ้านทั่วไปที่เคยมีประสบการณ์ตั้งครรภ์ มีการประเมินผลภาวะซึมเศร้า ที่ 12 และ 26 สัปดาห์หลังคลอด พบว่า OR = 2.60; 95% CI = 0.50, -13.56 และ Effect size = 0.53; 95% CI = -0.38, -1.44

การศึกษาของ Langer et al. (1996) ศึกษาการใช้โปรแกรมเยี่ยมบ้านแบบเดี่ยวที่เน้น การเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม ให้ความรู้เรื่องสุขภาพในช่วงตั้งครรภ์ และการดูแลสุขภาพทั่วไป โดยให้ Intervention แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงมีความเครียดช่วงตั้งครรภ์ รวมให้ Intervention ก่อนคลอด 4-6 ครั้ง ทั้งหมด 12-14 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ ผู้ให้ intervention เป็นนักสังคมสงเคราะห์หรือพยาบาลสูติกรรมพิเศษ มีการประเมินผลภาวะวิตกกังวลที่สัปดาห์ที่ 36 ของการตั้งครรภ์และ 40 วันหลังคลอด พบว่า Effect size = -0.07; 95% CI = -0.15, -0.02

การศึกษาของ Le Roux et al. (2013) ศึกษาการใช้โปรแกรมเยี่ยมบ้านแบบเดี่ยวที่เน้น การให้ความรู้เรื่องสุขภาพของแม่ สารอาหาร การให้นมแม่ การดูแลสุขภาพก่อนคลอด การตรวจเชื้อ HIV การหยุดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการดูแลสุขภาพเด็ก เช่น การให้วัคซีน การป้องกันการติดเชื้อ HIV การสร้างความผูกพันกับทารก ฯลฯ โดยให้ intervention ตั้งแต่ก่อนคลอด 3 เดือนจนถึง หลังคลอด 2 เดือนเฉลี่ย 11 ครั้ง เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ ผู้ให้ Intervention เป็นบุคลากร สาธารณสุขในชุมชน มีการประเมินผลภาวะซึมเศร้าที่ 6 เดือนหลังคลอด พบว่า OR = 0.80; 95% CI = 0.59, -1.08 และ Effect size = -0.12; 95% CI = -0.29, -0.04

การศึกษาของ Rahman et al. (2009) ศึกษาการใช้โปรแกรมเยี่ยมบ้านที่เน้นการให้ความรู้ เรื่องพัฒนาการของทารกแก่แม่หลังคลอดโดยให้ Intervention แบบกลุ่มร่วมกับการเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์เปรียบเทียบกับ การดูแลแบบปกติ ผู้ให้ Intervention เป็นนักกายภาพบำบัด มีการประเมินผล ภาวะซึมเศร้าที่ 12 สัปดาห์หลังคลอด ผลพบว่า Effect size = -0.08; 95% CI = -0.31, -0.14

การศึกษาของ Robledo-Colonia et al. (2012) ศึกษาการใช้โปรแกรมออกกำลังกาย แบบกลุ่มในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 16-20 สัปดาห์ โดยให้ intervention 3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 3 เดือน ณ หน่วยดูแลปฐมภูมิ เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติโดยผู้ให้ Intervention เป็นสูติแพทย์ มีการประเมินผลภาวะซึมเศร้าที่สัปดาห์ที่ 28-32 ของการตั้งครรภ์ผลพบว่า Effect size = -0.84; 95% CI = -1.32, -0.36

การศึกษาของ Tripathy et al. (2010) ศึกษาการใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อพูดคุยถึงปัญหาแม่และ เด็กในหญิงตั้งครรภ์ โดยให้ Intervention เฉลี่ย 1 ครั้งต่อเดือน เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ ผู้ให้ Intervention เป็นหญิงชาวบ้านทั่วไป มีการประเมินผลภาวะซึมเศร้าที่ 6 สัปดาห์หลังคลอด ผลพบว่า OR = 0.78; 95% CI = 0.41, -1.47 และ Effect size = -0.14; 95% CI = -0.49, -0.21

จากการทบทวนการศึกษา 10 การศึกษาข้างต้นของ Clarke et al. (2013) พบว่าโปรแกรม การดูแลสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์และแม่หลังคลอด ที่ใช้เทคนิคทางจิตวิทยา (Psychological Intervention) ช่วยให้แม่หลังคลอดมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดน้อยกว่าโปรแกรมที่ใช้เทคนิคการส่งเสริม สุขภาพทั่วไป (Health Promotion Intervention) โดย Effect Size เมื่อเทียบกับการดูแลแบบปกติ เท่ากับ -0.27 (-0.42, -0.13) และ -0.15 (-0.42, -0.13) ตามลำดับ

การศึกษาของวรรณ จงสง่าวิทยาเลิศ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มี ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จาก 7 จังหวัดในประเทศไทย โดยพัฒนาโปรแกรมช่วยเหลือจากโปรแกรม Thinking Healthy: A Manual for Psychosocial Management of Perinatal Depression ของ WHO ร่วมกับการเพิ่มเติมเนื้อหาเกี่ยวกับ CBT และปรับระยะเวลาการเยี่ยมบ้านเพื่อให้เหมาะสมกับ รูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่กิจกรรมเป็นการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง โดย 2 ครั้ง แรกจะทำในช่วง 6-8 สัปดาห์หลังคลอด จากนั้นจะทำทุก 4 สัปดาห์จนครบ 6 ครั้ง ดำเนินการโดย พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน ผลการศึกษาพบว่าแม่ที่เข้าร่วมโปรแกรมหากล่าวว่ามีคะแนนเฉลี่ย รูปแบบการเลี้ยงดู (HOME Observation Score) ด้านการตอบสนอง ของเล่นส่งเสริมการเรียนรู้และ การมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามไม่พบความ แตกต่างของพัฒนาการเด็กระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยได้ให้อภิปรายว่า การประเมิน พัฒนาการในการศึกษาทำในช่วงอายุ 9 เดือนซึ่งเป็นช่วงวัยที่ยังไม่มีพัฒนาการในด้านที่ซับซ้อน โดยเฉพาะด้านภาษาเกิดขึ้นมากนัก จึงมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการติดตามพัฒนาการของเด็กกลุ่มนี้ต่อไป เพื่อศึกษาถึงผลของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่มีต่อเด็ก

4. การดูแลแม่หลังคลอดตามระบบปกติของหน่วยปฐมภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จากตัวชี้วัดระดับกระทรวงของกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย ปี 2560 (กรมอนามัย กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก, 2560) กำหนดให้แม่หลังคลอดต้องได้รับการเยี่ยมบ้าน โดย อาสาสมัครสาธารณสุขหรือบุคลากรทางสาธารณสุขจำนวน 3 ครั้งดังนี้

ครั้งที่ 1 ภายใน 7 สัปดาห์หลังคลอด

ครั้งที่ 2 ตั้งแต่ 8 วันถึง 15 วันหลังคลอด

ครั้งที่ 3 ตั้งแต่ 16 วันถึง 42 วันหลังคลอด

โดยเนื้อหาของการเยี่ยมบ้านจะเน้นเรื่องการดูแลหลังคลอดทั่วไป เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อมารดาและทารก ปัญหาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่พบบ่อย เช่น ได้แก่ ปัญหาน้ำนมไม่ไหล ลูกกินนมไม่อิ่ม ฯลฯ วิธีกระตุ้นให้น้ำนมไหล วิธีเก็บนม การจัดท่าให้นม การปฏิบัติตัวของมารดาหลังคลอด เช่นการมีเพศสัมพันธ์ ฯลฯ ให้คำแนะนำเรื่องแผลฝีเย็บและน้ำคาวปลาการให้วัคซีนในทารก สุขภาพกายทั่วไปของทารก ฯลฯ

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย (Material and Method)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยประเภท การพัฒนาทดลอง (Experimental Development) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะของการทบทวนวรรณกรรม และพัฒนาโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และทบทวนคู่มือเยี่ยมแม่หลังคลอดสำหรับอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และ วรพรรณ จงสง่าวิทยาลัย, 2561)

2. ยกร่างโปรแกรมเยี่ยมแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข

(1) นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการทำ Focus Group วางกรอบแนวคิดและออกแบบโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข

(2) จัดทำรายละเอียดโปรแกรม ตามหัวข้อดังนี้ แนวคิด/หลักการ/คำชี้แจงวัตถุประสงค์ เนื้อหา/กิจกรรม กระบวนการ/ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลา การประเมินผล

(3) จัดทำเอกสาร/คู่มือ/แบบประเมินประกอบโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

3. ตรวจสอบและปรับปรุงโปรแกรม

(1) ตรวจสอบเบื้องต้นและปรับปรุงแก้ไขโดยวิธีการจัดอภิปรายกลุ่ม (Focus Group Discussion) จากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข

(2) ตรวจสอบเพื่อการยืนยันและการปรับปรุงแก้ไขเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรม เสนอต่อจิตแพทย์เด็กผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คนโดยมีค่า IOC = 0.895

4. ได้โปรแกรมเตรียมนำไปทดสอบประสิทธิภาพ

ระยะที่ 2 ทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข

นำโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ไปทดสอบประสิทธิภาพในจังหวัดน่านซึ่งคือจังหวัดสกจนคร เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีความพร้อมในด้านบุคลากรและมีความยินดีเป็นจังหวัดนำร่อง โดยจะมีการวัดคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทย (ความไวเท่ากับร้อยละ 100 และความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 88) ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยสถาบันราชานุกูลจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การดูแลช่วยเหลือแม่ซึมเศร้าหลังคลอด” 2 วัน โดยจัดการบรรยายภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

1) ภาคทฤษฎี การบรรยายเนื้อหา ทั้งหมด 6 โมดูล จำนวน 1 วัน

โมดูลที่ 1 การชี้แจงการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลในโครงการวิจัย

โมดูลที่ 2 ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

โมดูลที่ 3 การใช้แบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย

โมดูลที่ 4 กิจกรรมการดูแลแม่หลังคลอด ครั้งที่ 2 “การดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด”: การประเมินติดตามด้านอารมณ์ การแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่ออารมณ์แม่

โมดูลที่ 5 กิจกรรมการดูแลแม่หลังคลอด ครั้งที่ 3 “การสร้างสัมพันธภาพแม่ลูก”: การประเมินติดตามด้านอารมณ์ การแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่ออารมณ์แม่

โมดูลที่ 6 กิจกรรมการดูแลแม่หลังคลอด ครั้งที่ 4 “การสร้างสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง”: การประเมินติดตามด้านอารมณ์ การแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่ออารมณ์แม่

2) การฝึกภาคปฏิบัติ แบ่งเข้ากลุ่ม 5 ฐาน 1 วัน

ฐานที่ 1 การฝึกปฏิบัติการใช้คู่มือการดูแลแม่ซึมเศร้าหลังคลอด ครั้งที่ 1 การประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและการเตรียมความพร้อม

ฐานที่ 2 การฝึกปฏิบัติการใช้คู่มือการดูแลแม่ซึมเศร้าหลังคลอดครั้งที่ 2 ในหัวข้อ “การดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด”

ฐานที่ 3 การฝึกปฏิบัติการใช้คู่มือการดูแลแม่ซึมเศร้าหลังคลอดครั้งที่ 3 ในหัวข้อ “การสร้างสัมพันธภาพแม่ลูก”

ฐานที่ 4 การฝึกปฏิบัติการใช้คู่มือการดูแลแม่ซึมเศร้าหลังคลอดครั้งที่ 4 ในหัวข้อ “การสร้างสัมพันธภาพระหว่างคนรอบข้าง”

ฐานที่ 5 การฝึกปฏิบัติการใช้คู่มือการดูแลแม่ซึมเศร้าหลังคลอด ครั้งที่ 5 การประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดซ้ำ

3) วิธีการประเมิน

(1) ประเมินจากการเปรียบเทียบคะแนนข้อสอบภาคทฤษฎีก่อนและหลังเข้ารับการอบรม (Pre-post Test)

(2) ประเมินจากการฝึกภาคปฏิบัติ โดยเกณฑ์ผ่านภาคปฏิบัติเท่ากับร้อยละ 70 ขึ้นไป

2. หลังจบการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เข้ารับการอบรมดำเนินการประเมินมารดาหลังคลอดที่กลับมาอยู่ที่บ้านภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด โดยดำเนินการร่วมกับการเยี่ยมบ้านหลังคลอดตามปกติ

3. แม่ที่มีคะแนนจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 10 คะแนนขึ้นไป ให้ อสม. ติดตามดูแลด้วยโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เป็นเวลา 8 สัปดาห์

4. หลังจบโปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุข ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดซ้ำอีกครั้ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การทบทวนวรรณกรรม พัฒนาการโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยอาสาสมัครสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ บุคลากรทางสาธารณสุข ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในใช้โปรแกรมช่วยเหลือแม่ซึมเศร้าหลังคลอดจากจังหวัดเชียงราย ขอนแก่น ร้อยเอ็ด สุรินทร์ กระบี่ กาญจนบุรี และนนทบุรี เลือกแบบเจาะจง จำนวน 17 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 50 คน

ระยะที่ 2 การทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยอาสาสมัครสาธารณสุข

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่

1) อาสาสมัครสาธารณสุข ที่ขึ้นทะเบียนในฐานะข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของจังหวัดสกลนคร ณ วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2564 จำนวน 22,948 คน

2) แม่หลังคลอดในจังหวัดสกลนคร ที่คลอดบุตรในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 – เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 7,906 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

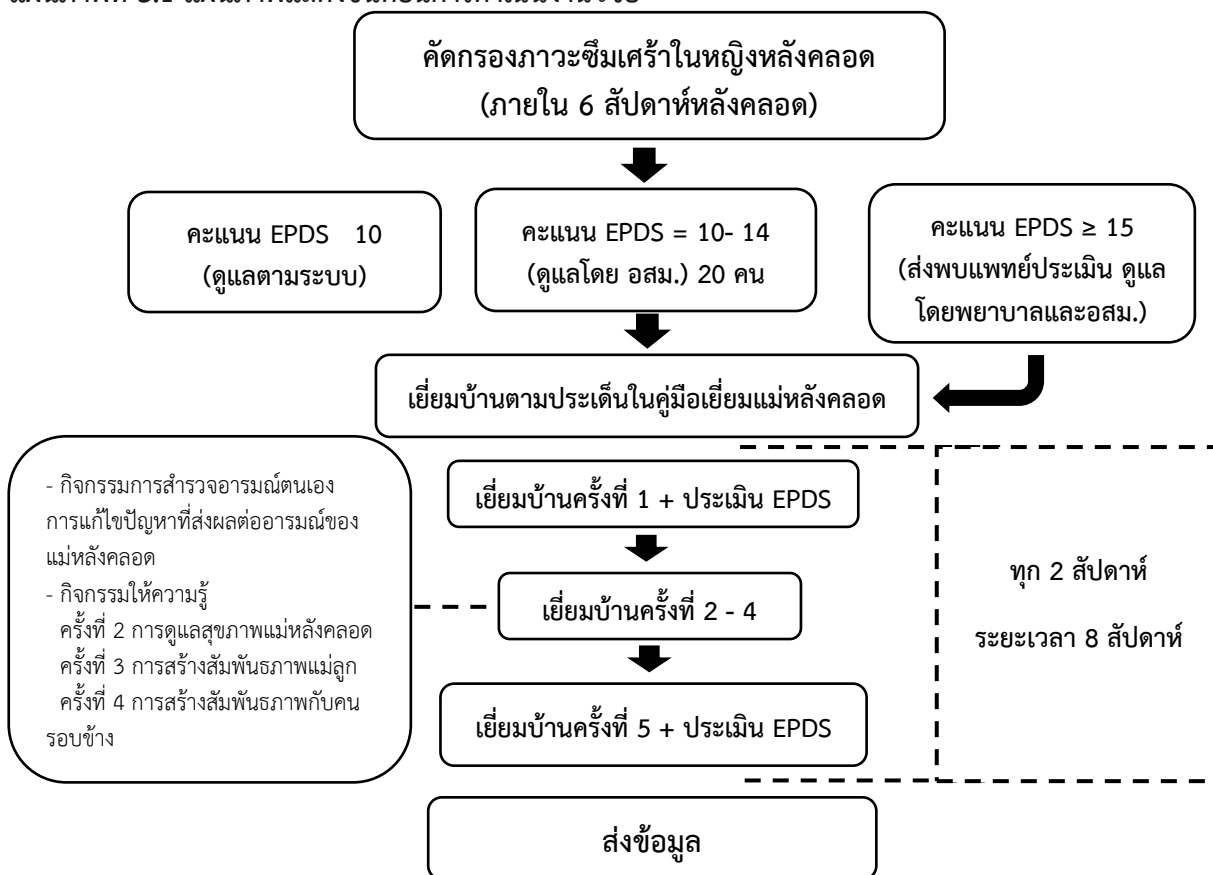
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่

1) อาสาสมัครสาธารณสุข จากอำเภอที่มีหญิงหลังคลอดในช่วงเดือนมกราคม – ตุลาคม พ.ศ. 2563 จำนวนมาก 7 อันดับแรก ของจังหวัดสกลนคร ประกอบไปด้วย อ.วานรนิวาส อ.สว่างแดนดิน อ.พรรณานิคม อ.เมือง อ.กุสุมาลย์ อ.พังโคน และ อ.อากาศอำนวย ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยทีมผู้วิจัยร่วมกับสาธารณสุขพื้นที่จังหวัดสกลนครเป็นผู้คัดเลือก ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2) แม่หลังคลอด จากอำเภอที่มีหญิงหลังคลอดในช่วงเดือนมกราคม - ตุลาคม พ.ศ.2563 จำนวนมาก 7 อันดับแรก ของจังหวัดสกลนคร ประกอบไปด้วยอ.วานรนิวาส อ.สว่างแดนดิน อ.พรรณานิคม อ.เมือง อ.กุสุมาลย์ อ.พังโคน และ อ.อากาศอำนวย ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยทีมผู้วิจัยร่วมกับสาธารณสุขพื้นที่จังหวัดสกลนครเป็นผู้คัดเลือก ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ ได้แม่หลังคลอดที่มีคุณสมบัติดังกล่าวจำนวน 23 คน

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

แผนภาพที่ 3.1 แผนภาพแสดงขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย



เกณฑ์การคัดเลือสำหรับแม่หลังคลอด

1. แม่หลังคลอดที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบวัดภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ EPDS ตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป (ในกลุ่ม 15 คะแนนขึ้นไป ส่งพบแพทย์ และไม่มีการวินิจฉัยเป็นภาวะซึมเศร้า)
2. ไม่มีประวัติการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า หรือโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ก่อนเข้าร่วมการศึกษา
3. ไม่มีโรคประจำตัว หรือมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูง
4. คลอดตามอายุครรภ์ปกติ (มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่ทำให้มารดาต้องอยู่โรงพยาบาลนานกว่าปกติ เช่น การตกเลือด การติดเชื้อหลังคลอด
5. ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ไม่น้อยกว่า 2,500 กรัม) ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนหลังคลอด
6. แม่เป็นผู้เลี้ยงดูหลักของลูก หรือ อาศัยอยู่ด้วยกัน

เกณฑ์การคัดเลือกสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่อาสาสมัครเข้าร่วมในโครงการวิจัยและสามารถเป็นผู้เก็บข้อมูลภาคสนามได้จนจบการวิจัย
2. อ่านและเขียนภาษาไทยได้คล่อง

เกณฑ์การคัดออกสำหรับแม่หลังคลอด

1. ไม่สนใจเข้าร่วมการศึกษา
2. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า
3. มีความคิดฆ่าตัวตายจากการสอบถามโดยอาสาสมัครสาธารณสุขระหว่างการทำโปรแกรมแต่ละครั้ง

เกณฑ์การคัดออกสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข

1. ไม่มีโรคประจำตัวที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเก็บข้อมูล เช่น เส้นเลือดในสมองตีบ มีภาวะแขนขาอ่อนแรง ฯลฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย ระหว่างระยะก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดด้วยแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย ก่อนเข้าโปรแกรม จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างศึกษา กรณีที่ข้อมูลทั่วไปแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และกรณีที่ข้อมูลทั่วไปมากกว่า 2 กลุ่ม ด้วยสถิติ Kruskal-Wallis test
4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาคทฤษฎีของ อสม. ก่อนและหลังเข้ารับการอบรม โดยใช้สถิติ Paired-samples t-test
5. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาคปฏิบัติของ อสม. เทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดคือ 14 (ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 70) ด้วยสถิติ One-sample t-test

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของมารดา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพทางครอบครัว เป็นต้น เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้านครั้งแรก
2. แบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย (Pitanupong et al., 2007) ซึ่งใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในแม่ที่คลอดบุตรไม่เกิน 6 สัปดาห์เก็บข้อมูลโดยให้แม่อ่านและตอบด้วยตนเอง ขณะอาสาสมัครสาธารณสุขเยี่ยมบ้านติดตามหลังคลอด รวมถึงใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในการเยี่ยมบ้านครั้งสุดท้ายหลังการให้ความช่วยเหลือตามโปรแกรม ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 รวมคะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน โดยมีเกณฑ์การประเมินคะแนนดังนี้ คะแนน <10 ไม่พบความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ดูแลตามระบบ คะแนนเท่ากับ 10-14 คะแนน มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ให้การช่วยเหลือตามคู่มือ คะแนน >15 คะแนน มีความเสี่ยงสูง จำเป็นต้องส่งปรึกษาแพทย์

3. โปรแกรมการช่วยเหลือแม่ซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งพัฒนาโดยสถาบันราชานุกูล พ.ศ. 2562 ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 ประเมิน แม่หลังคลอดด้วย แบบประเมิน EPDS ฉบับภาษาไทย ครั้งที่ 1

ครั้งที่ 2 กิจกรรมการให้ความรู้ หัวข้อการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอด

การสำรวจอารมณ์ตนเอง การแก้ไขปัญหาที่ส่งผลต่ออารมณ์ของแม่หลังคลอด

ครั้งที่ 3 กิจกรรมการให้ความรู้ หัวข้อการสร้างสัมพันธ์ระหว่างแม่ลูก

การสำรวจอารมณ์ตนเอง การแก้ไขปัญหาที่ส่งผลต่ออารมณ์ของแม่หลังคลอด

ครั้งที่ 4 กิจกรรมการให้ความรู้ หัวข้อการสร้างสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว

การสำรวจอารมณ์ตนเอง การแก้ไขปัญหาที่ส่งผลต่ออารมณ์ของแม่หลังคลอด

ครั้งที่ 5 ประเมินแม่หลังคลอดด้วยแบบประเมิน EPDS ฉบับภาษาไทย ครั้งที่ 2

สถานที่วิจัย

อ.วามรนิवास อ.สว่างแดนดิน อ.พรรณานิคม อ.เมือง อ.กุสุมาลย์ อ.พังโคน และ อ.อากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร

ระยะเวลาในการวิจัย

1 ปี (ขยายโครงการช่วงโควิด 6 เดือน)

งบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับ 1,084,000 บาท

การพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร

คณะผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร โดยเชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการอย่างสมัครใจ อธิบายวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย ความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้รับ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ข้อมูลที่ได้จะถูกปิดเป็นความลับ การเผยแพร่ข้อมูลจะกระทำในภาพรวม ไม่มีการระบุเป็นรายบุคคลว่าเป็นใคร หากเกิดความอึดอัดหรือลำบากใจ อาสาสมัครมีอิสระที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการได้รับการรักษาพยาบาลที่ควรจะได้รับมาตรฐานหรือสูญเสียผลประโยชน์ในการรักษา

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล COA No.05/2563 เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563

แผนการดำเนินงาน

ตารางที่ 3.1 ตารางแผนการดำเนินงาน

กิจกรรม	เดือนที่ดำเนินงาน																	
	ต.ค. 62	พ.ย. 62	ธ.ค. 62	ม.ค. 63	ก.พ. 63	มี.ค. 63	เม.ย. 63	พ. ค. 63	มิ. ย. 63	ก. ค. 63	ส. ค. 63	ก. ย. 63	ต.ค. 63	พ.ย. 63	ธ.ค. 63	ม.ค. 64	ก.พ. 64	มี.ค. 64
1. เสนอโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสถาบันราชานุกูล	←→																	
2. ทบทวนวรรณกรรม	←→																	
3. สัมมนาทบทวนคู่มือ/โปรแกรมช่วยเหลือแม่ซึมเศร้าหลังคลอดฯ ร่วมกับพยาบาล รพช. รพสต. อสม.	←→																	
4. ปรับปรุงโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ซึมเศร้าหลังคลอดจากการข้อเสนอแนะที่ได้จากการสัมมนา	←→																	
5. สัมมนาผู้เชี่ยวชาญวิพากษ์คู่มือ/โปรแกรมช่วยเหลือแม่ซึมเศร้าหลังคลอดฯ			←→															
6. ปรับแก้คู่มือ/โปรแกรมช่วยเหลือแม่ซึมเศร้าหลังคลอดฯ รอบสุดท้าย			←→															
7. ชี้แจงแนวทางการวิจัยแก่ผู้ทำวิจัยหลัก (สสจ. พยาบาล รพสต. อสม.)				←→							*27-28							

* 27-28 สิงหาคม 2563

บทที่ 4

ผลการดำเนินงาน (Results)

การวิจัยเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข: การวิจัยนำร่อง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและศึกษาผลการทดลองใช้โปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นการศึกษาประเภทการพัฒนาทดลอง (Experimental Development) แบ่งระยะการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะของการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ระยะที่ 2 ทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จำนวน 23 คน

ผลการดำเนินงานโดยใช้ตารางและแผนภาพประกอบคำบรรยาย

จำแนกออกเป็น 5 ตอน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แผนภาพสรุปผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แสดงผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของแม่หลังคลอดที่เข้าร่วมการศึกษา

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุของแม่ จำนวนบุตรทั้งหมด ลำดับที่เกิดของบุตรคนนี้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาของแม่ อาชีพของแม่ รายได้ต่อเดือนของแม่ ระดับการศึกษาของพ่อ อาชีพของพ่อ รายได้ต่อเดือนของพ่อ การเลี้ยงดูบุตรคนนี้ โรคประจำตัว ประวัติการตั้งครรภ์ ปัญหาสุขภาพจิต ประวัติการตั้งครรภ์และซึมเศร้าหลังคลอด ประวัติการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างและสามี ประวัติความรุนแรงในครอบครัว

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดก่อนและหลังเข้าโปรแกรมด้วยแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทยของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดด้วยแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทยก่อนและหลังเข้าโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้ารับการอบรมการใช้โปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข

ตอนที่ 1 แผนภาพสรุปผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
แผนภาพที่ 4.1 แผนภาพสรุปผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด



จากแผนภาพที่ 4.1 แผนภาพสรุปผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่า มีแม่หลังคลอดไม่เกิน 6 สัปดาห์ที่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดทั้งหมด 654 คน แม่หลังคลอดที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (EPDS $\geq$ 10) จำนวน 31 คน (ร้อยละ 4.7) ได้เข้าร่วมโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 23 คน เข้าร่วมครบโปรแกรม จำนวน 21 คน เข้าร่วมไม่ครบโปรแกรมเนื่องจากย้ายสถานที่อยู่ จำนวน 2 คน ในกลุ่มที่เข้าร่วมครบโปรแกรมได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดซ้ำ ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมไม่พบความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (EPDS $<$ 10) จำนวน 20 คน (ร้อยละ 95.2) และยังคงพบความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (EPDS $\geq$ 10) จำนวน 1 คน (ร้อยละ 4.8)

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 23 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุของแม่ (ปี)		
น้อยกว่า 20	3	13.0
20-24	4	17.4
25-29	7	30.4
30-34	4	17.4
35-39	2	8.7
40 ขึ้นไป	3	13.0
รวม	23	100.0
อายุน้อยสุด 17 ปี อายุสูงสุด 42 ปี อายุเฉลี่ย 28.5 ปี SD เท่ากับ 7.3		
จำนวนบุตรทั้งหมด (คน)		
1	12	52.2
2	5	21.7
3	5	21.7
4	1	4.3
รวม	23	100.0
ลำดับที่เกิดของบุตรคนนี้		
ที่ 1	12	52.2
ที่ 2	5	21.7
ที่ 3	5	21.7
ที่ 4	1	4.3
รวม	23	100.0
อายุของบุตรคนนี้ (วัน)		
น้อยกว่า 10 วัน	6	26.1
10-14 วัน	3	13.0
15-19 วัน	1	4.3
20-24 วัน	1	4.3
25-29 วัน	1	4.3
30-34 วัน	7	30.4
35-39 วัน	0	0.0
40 วันขึ้นไป	3	13.0
ไม่ตอบ	1	4.3
รวม	23	100.0
อายุน้อยสุด 6 วัน อายุสูงสุด 47 วัน อายุเฉลี่ย 23.7 SD เท่ากับ 17.0		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
สมรส	16	69.6
ไม่สมรส	3	13.0
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2	8.7
ไม่ตอบ	2	8.7
รวม	23	100.0
ระดับการศึกษาของแม่		
ประถมศึกษา	2	8.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	39.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	21.7
ปวช.	1	4.3
ปวส.	2	8.7
ปริญญาตรี	3	13.0
สูงกว่าปริญญาตรี	1	4.3
รวม	23	100.0
อาชีพของแม่		
ว่างงาน	12	52.2
รับจ้างทั่วไป	3	13.0
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	4.3
ธุรกิจส่วนตัว	3	13.0
อื่นๆ ระบุ เกษตรกร / ครูอัตราจ้าง / ทำนา	4	17.4
รวม	23	100.0
รายได้ต่อเดือนของแม่		
<9,000	14	60.9
9,000-15,000	4	17.4
15,001-20,000	2	8.7
>20,000	1	4.3
ไม่ตอบ	2	8.7
รวม	23	100.0
ระดับการศึกษาของพ่อ		
ประถมศึกษา	5	21.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	43.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	4.3
ปวช.	1	4.3
ปวส.	1	4.3
ปริญญาตรี	3	13.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ตอบ	2	8.7
รวม	23	100.0
อาชีพของพ่อ		
ว่างงาน	3	13.0
รับจ้างทั่วไป	11	47.8
พนักงานราชการ	1	4.3
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	4.3
ธุรกิจส่วนตัว	2	8.7
อื่นๆ ระบุ ครูอัตราจ้าง ทำนา รับจ้าง	4	17.4
ไม่ตอบ	1	4.3
รวม	23	100.0
รายได้ต่อเดือนของพ่อ		
<9,000	9	39.1
9,000-15,000	7	30.4
15,001-20,000	2	8.7
15,001-20,000	2	8.7
>20,000	2	8.7
ไม่ตอบ	3	13.0
รวม	23	100.0
การเลี้ยงดูบุตรคนนี้		
เลี้ยงเองคนเดียว	7	30.4
มีคนช่วยเลี้ยง ระบุ	9	39.1
ปู่ ย่า	1	
แม่	2	
ย่า	2	
ยาย	1	
สามี	2	
หลาน-ป้า	1	
ไม่ตอบ	7	30.4
รวม	23	100.0
โรคประจำตัวของแม่		
ไม่มี	21	91.3
มี โปรดระบุ (ธารัสซีเมีย หอบ)	1	4.3
ไม่ตอบ	1	4.3
รวม	23	100.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
แม่มีประวัติปรึกษาแพทย์เรื่องอาการภาวะเครียด วิตกกังวล อารมณ์		
แปรปรวนง่าย หรือหุนเหว่ ภาพหลอน		
ไม่มี	21	91.3
มี	2	8.7
ไม่ได้รับยาต่อเนื่อง	2	
มีมารับประทานต่อเนื่อง	0	
รวม	23	100.0
แม่มีประวัติเคยถูกทำร้ายทางร่างกายใน 1 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่มี	22	95.7
มี	1	4.3
รวม	23	100.0
แม่มีประวัติถูกทำร้ายทางจิตใจ เช่น ด่าทอให้เจ็บช้ำน้ำใจ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่มี	18	78.3
มี	5	21.7
รวม	23	100.0
การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก		
ไม่ใช่ (โปรดตอบข้อ 12-15)	12	52.2
ใช่ (โปรดตอบข้อ 14-15)	11	47.8
รวม	23	100.0
แม่มีประวัติอารมณ์เบื่อหน่าย ซึมเศร้า วิตกกังวลอย่างมากช่วง		
หลังคลอด ในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ผ่านมา		
ไม่มี	6	26.1
มี	6	26.1
รวม	12	52.2
แม่มีประวัติแท้งบุตรระหว่างการตั้งครรภ์		
ไม่มี	8	34.8
มี	4	17.4
รวม	12	52.2
แม่มีประวัติดื่มสุรา/สูบบุหรี่หรือใช้สารเสพติด		
ไม่มี	17	73.9
มี	6	26.1
รวม	23	100.0
สามีมีประวัติดื่มสุรา/สูบบุหรี่หรือใช้สารเสพติด		
ไม่มี	3	13.0
มี	19	82.6

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ตอบว่าปัจจุบันยังใช้อยู่หรือไม่	2	
ปัจจุบันไม่ใช่สารเสพติด	1	
ปัจจุบันยังใช้สารเสพติดอยู่	16	
ไม่ตอบชนิดของสารเสพติด	4	
บุหรื	2	
สุรา/บุหรื	9	
สุรา/ยาบ้า	1	
ไม่ตอบ	1	4.3
รวม	23	100.0

จากตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุระหว่าง 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.4 มีบุตรจำนวน 1 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.2 ลำดับที่เกิดของบุตรคนนี้ส่วนใหญ่ คือ ลำดับที่ 1 บุตรอายุ 30-34 วัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.4 รองลงมาคือบุตรอายุน้อยกว่า 10 วัน คิดเป็นร้อยละ 26.1 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.1 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 21.7 ส่วนอาชีพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 52.2 รองลงมา คือ อาชีพเกษตรกร/ครุภัณฑ์จ้าง คิดเป็นร้อยละ 17.4 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 9,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.9 รองลงมา คือ รายได้ 9,000-15,000 บาท/เดือน คิดเป็น ร้อยละ 17.4 ส่วนการศึกษาของพ่อ ส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 43.5 รองลงมา คือ จบประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 21.7 อาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.8 รองลงมาคือ อาชีพครุภัณฑ์จ้าง ทำนา รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 17.4 มีรายได้ต่อเดือน 9,000 บาท มากที่สุดเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 39.1 รองลงมา คือ รายได้ 9,000-15,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 30.4 เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรคนนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเลี้ยงบุตรเองคนเดียวร้อยละ 30.4 มีคนช่วยเลี้ยงร้อยละ 39.1 ซึ่งผู้ช่วยเลี้ยงส่วนใหญ่ คือ แม่ ย่า และสามี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.3 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 91.3 ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับความเครียดวิตกกังวล ร้อยละ 95.7 ไม่เคยถูกทำร้ายทางร่างกาย ร้อยละ 78.3 ถูกทำร้ายทางจิตใจ เกี่ยวกับประวัติการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่การตั้งครรภ์ ครั้งนี้ไม่ใช่การตั้งครรภ์ครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 52.2 กลุ่มตัวอย่างมีอารมณ์เบื่อหน่าย ซึมเศร้า วิตกกังวลอย่างมากช่วงหลังคลอดในการตั้งครรภ์ ครั้งที่ผ่านมาทั้งเคยและไม่เคยเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 26.1 ส่วนใหญ่ไม่เคยแท้งบุตรระหว่างการตั้งครรภ์ เกี่ยวกับการดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือใช้สารเสพติด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มสุรา/สูบบุหรี่หรือใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 73.9 ส่วนสามีของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดื่มสุราและสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 82.6

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย จำแนกตามก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n = 23)

คำถาม	ก่อน					หลัง				
	N	Min	Max	Mean	SD	N	Min	Max	Mean	SD
1. ฉันสามารถหัวเราะและมองสิ่งต่างๆ รอบตัวที่เกิดขึ้นได้อย่างสนุกสนาน	23	0	3	1.04	0.88	21	0	2	0.33	0.73
2. สิ่งต่างๆ ได้ทั้บถมอยู่บนตัวฉัน	23	0	3	1.48	0.95	21	0	2	0.67	0.80
3. ฉันรอคอยสิ่งที่จะเกิดขึ้นข้างหน้าอย่างมีความสุข	23	0	3	1.30	0.88	21	0	2	0.48	0.68
4. ฉันรู้สึกไม่มีความสุขจนทำให้นอนหลับได้ยาก	23	0	3	1.74	0.62	21	0	3	0.57	0.87
5. ฉันตำหนิตัวเองโดยไม่จำเป็นเมื่อมีสิ่งผิดพลาดเกิดขึ้น	23	0	3	1.74	0.75	21	0	2	0.57	0.75
6. ฉันรู้สึกเศร้าหรือทุกข์ระทม	23	0	2	0.87	0.55	21	0	1	0.19	0.40
7. ฉันรู้สึกกระวนกระวายอย่างไม่มีเหตุผลที่ดีเพียงพอ	23	0	2	1.43	0.79	21	0	2	0.24	0.54
8. ฉันรู้สึกไม่มีความสุขจนต้องร้องไห้	23	0	3	0.91	0.73	21	0	2	0.29	0.56
9. ฉันรู้สึกกลัวหรือตื่นตระหนกโดยไม่มีเหตุผลเพียงพออย่างมาก	23	0	2	1.13	0.87	21	0	2	0.19	0.51
10. ฉันมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย	23	0	2	0.09	0.42	21	0	0	0.00	0.00
รวม	23	10	15	11.74	1.60	21	0	13	3.52	3.59

จากตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย จำแนกตามก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบแบบคัดกรองจำแนกรายข้อคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 3 มากที่สุด ส่วนหลังเข้าโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบแบบคัดกรองจำแนกรายข้อคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 2 มากที่สุด

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเกณฑ์การประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม (n = 23)

เกณฑ์การประเมิน	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่พบความเสี่ยง (<10 คะแนน)	0	0.0	20	87.0
มีความเสี่ยง (10-14 คะแนน)	21	91.3	1	4.3
มีความเสี่ยงสูง (15 คะแนนขึ้นไป)	2	8.7	0	0.0
ไม่ตอบ (เยี่ยมไม่ครบ)	0	0.0	2	8.7
รวม	23	100.0	23	100.0

จากตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเกณฑ์การประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย อยู่ในเกณฑ์มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (10-14 คะแนน) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.3 รองลงมา คือ อยู่ในเกณฑ์มีความเสี่ยงสูง (15 คะแนนขึ้นไป) หลังเข้าโปรแกรม พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่าง ไม่พบความเสี่ยง (< 10 คะแนน) มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 87.0 รองลงมา คือ มีความเสี่ยง (10-14 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 4.3

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม (n = 21)

คะแนน	N	Mean	SD	Z	p-value
ก่อน	21	11.76	1.67	-4.026 ^b	.000*
หลัง	21	3.52	3.59		

^b = Based on negative ranks

*p-value < .05

จากตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test แบบจับคู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดก่อนและหลังเข้าโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95%

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย ก่อนเข้าโปรแกรม จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 21)

ปัจจัยที่ศึกษา	N	Mean	SD	ค่าสถิติ	p-value
อายุของแม่ (ปี)				H = 2.787	.426
น้อยกว่า 20	3	13.00	2.00		
20-29	10	11.90	1.73		
30-39	5	11.00	1.41		
40 ขึ้นไป	3	11.33	1.53		
จำนวนบุตรทั้งหมด (คน)				Z = -.362	.756
1 คน	10	11.60	1.65		
มากกว่า 1 คน	11	11.91	1.76		
ลำดับที่เกิดของบุตรคนนี้				Z = -.362	.756
ลำดับที่ 1	10	11.60	1.65		
ไม่ใช่ลำดับที่ 1	11	11.91	1.76		
อายุของบุตรคนนี้				H = 1.030	.597
<10 วัน	6	12.33	1.63		
10-29 วัน	6	11.67	1.97		
30 วันขึ้นไป	9	11.44	1.59		
สถานภาพสมรส				H = 1.117	.572
สมรส	14	11.79	1.93		
ไม่สมรส	3	11.00	1.00		
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2	12.50	0.71		
การศึกษาของแม่				H = .499	.779
ประถม	2	11.50	2.12		
มัธยม/ปวช.	15	11.93	1.75		
ปวส./ปริญญาตรี/สูงกว่า ป.ตรี	4	11.25	1.50		
รายได้ต่อเดือนของแม่				Z = -1.726	.106
<9,000	13	12.31	1.75		
>=9,000	6	10.83	1.33		
การศึกษาของพ่อ				H = .713	.700
ประถม	5	11.60	1.34		
มัธยม/ปวช.	11	12.09	1.97		
ปวส./ปริญญาตรี/สูงกว่า ป.ตรี	3	11.00	1.00		

ปัจจัยที่ศึกษา	N	Mean	SD	ค่าสถิติ	p-value
รายได้ต่อเดือนของพ่อ				Z = -1.921	.063
<9,000	9	12.56	1.94		
>=9,000	9	10.89	1.17		
การเลี้ยงดูบุตรคนนี้				Z = -.330	.755
เลี้ยงเองคนเดียว	6	11.83	1.72		
มีคนช่วยเลี้ยง	8	12.13	1.81		
โรคประจำตัวของแม่				Z = -1.339	.300
ไม่มี	19	11.58	1.64		
มี โปรระบุ	1	14.00	.-		
แม่มีประวัติปรึกษาแพทย์เรื่องอาการภาวะเครียด วิตกกังวล อารมณ์แปรปรวนง่าย หรือหุน่ว่ ภาพหลอน				Z = -1.108	.343
ไม่มี	19	11.89	1.70		
มี	2	10.50	0.71		
แม่มีประวัติเคยถูกทำร้ายทางร่างกายใน 1 เดือนที่ผ่านมา				Z = -.339	.857
ไม่มี	20	11.80	1.70		
มี	1	11.00	.-		
แม่มีประวัติถูกทำร้ายทางจิตใจเช่นด่าทอให้เจ็บช้ำน้ำใจใน 1 เดือนที่ผ่านมา				Z = -1.334	.203
ไม่มี	17	11.53	1.63		
มี	4	12.75	1.71		
การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก				Z = -.146	.917
ไม่ใช่	12	11.75	1.77		
ใช่	9	11.78	1.64		
แม่มีอาการเบื่อหน่าย ซึมเศร้า วิตกกังวลอย่างมากช่วงหลังคลอดในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ที่ผ่านมา				Z = -1.090	.310
ไม่มี	6	12.33	1.63		
มี	6	11.17	1.84		
แม่มีประวัติแท้งบุตรระหว่างการตั้งครรภ์				Z = -.089	.933
ไม่มี	8	11.75	1.75		
มี	4	11.75	2.06		
แม่มีประวัติดื่มสุรา/สูบบุหรี่หรือใช้สารเสพติด				Z = -.120	.910
ไม่มี	15	11.80	1.86		
มี	6	11.67	1.21		

ปัจจัยที่ศึกษา	N	Mean	SD	ค่าสถิติ	p-value
สามีมีประวัติดื่มสุรา/สูบบุหรี่หรือใช้สารเสพติด				Z = -.872	.416
ไม่มี	3	12.33	1.53		
มี	17	11.59	1.73		

จากตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย ก่อนเข้าโปรแกรม จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย ก่อนเข้าโปรแกรม จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test กรณีปัจจัยที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม และสถิติ Kruskal-Wallis H-test กรณีปัจจัยที่ศึกษาแบ่งเป็น 3 กลุ่มขึ้นไป พบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ก่อนเข้าโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95%

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย หลังเข้าโปรแกรม จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 21$)

ปัจจัยที่ศึกษา	N	Mean	SD	ค่าสถิติ	p-value
อายุของแม่ (ปี)				H = 4.146	.246
น้อยกว่า 20	3	5.33	2.52		
20-29	10	4.20	4.08		
30-39	5	2.20	3.35		
40 ขึ้นไป	3	1.67	2.89		
จำนวนบุตรทั้งหมด (คน)				Z = -.606	.557
1 คน	10	3.00	3.06		
มากกว่า 1 คน	11	4.00	4.10		
ลำดับที่เกิดของบุตรครั้งนี้				Z = -.606	.557
ลำดับที่ 1	10	3.00	3.06		
ไม่ใช่ลำดับที่ 1	11	4.00	4.10		
อายุของบุตรครั้งนี้				H = .638	.727
<10 วัน	6	4.17	3.37		
10-29 วัน	6	3.00	3.03		
30 วันขึ้นไป	9	3.44	4.33		
สถานภาพสมรส				H = 4.139	.126
สมรส	14	3.00	3.72		
ไม่สมรส	3	6.67	1.53		
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2	1.50	2.12		

ปัจจัยที่ศึกษา	N	Mean	SD	ค่าสถิติ	p-value
การศึกษาของแม่				H = 1.034	.596
ประถม	2	5.00	0.00		
มัธยม/ปวช.	15	3.53	3.89		
ปวส./ปริญญาตรี/สูงกว่า ป.ตรี	4	2.75	3.59		
รายได้ต่อเดือนของแม่				Z = -1.197	.244
<9,000	13	4.08	3.71		
≥9,000	6	2.17	2.99		
การศึกษาของพ่อ				H = 4.793	.091
ประถม	5	5.60	3.36		
มัธยม/ปวช.	11	3.82	3.87		
ปวส./ปริญญาตรี/สูงกว่า ป.ตรี	3	.33	0.58		
รายได้ต่อเดือนของพ่อ				Z = -1.028	.340
<9,000	9	4.44	4.00		
≥9,000	9	2.89	3.30		
การเลี้ยงดูบุตรคนนี้				Z = -1.059	.345
เลี้ยงเองคนเดียว	6	4.50	3.62		
มีคนช่วยเลี้ยง	8	3.13	4.55		
โรคประจำตัวของแม่				Z = -1.669	.100
ไม่มี	19	3.16	2.97		
มี โปรระบุ	1	13.00	-.		
แม่มีประวัติปรึกษาแพทย์เรื่องอาการภาวะเครียด วิตกกังวล อารมณ์แปรปรวนง่าย หรือหุนเหว่ ภาพหลอน				Z = -.849	.467
ไม่มี	19	3.37	3.61		
มี	2	5.00	4.24		
แม่มีประวัติเคยถูกทำร้ายทางร่างกายใน 1 เดือนที่ผ่านมา				Z = -1.337	.286
ไม่มี	20	3.30	3.53		
มี	1	8.00	.		
แม่มีประวัติถูกทำร้ายทางจิตใจเช่นด่าทอให้เจ็บช้ำน้ำใจใน 1 เดือนที่ผ่านมา				Z = -.272	.829
ไม่มี	17	3.53	3.74		
มี	4	3.50	3.32		
การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก				Z = -.324	.754
ไม่ใช่	12	3.75	4.00		
ใช่	9	3.22	3.15		

ปัจจัยที่ศึกษา	N	Mean	SD	ค่าสถิติ	p-value
แม่มีอารมณ์เบื่อหน่าย ซึมเศร้า วิตกกังวลอย่างมากช่วงหลังคลอด ในการตั้งครรภ์ครั้งที่ผ่านมา				Z = -.081	.937
ไม่มี	6	3.17	2.93		
มี	6	4.33	5.09		
แม่มีประวัติแท้งบุตรระหว่างการตั้งครรภ์				Z = -.258	.808
ไม่มี	8	2.88	2.53		
มี	4	5.50	6.14		
แม่มีประวัติดื่มสุรา/สูบบุหรี่หรือใช้สารเสพติด				Z = -.039	.970
ไม่มี	15	3.60	3.78		
มี	6	3.33	3.39		
สามีมีประวัติดื่มสุรา/สูบบุหรี่หรือใช้สารเสพติด				Z = -1.019	.358
ไม่มี	3	7.00	6.56		
มี	17	3.06	2.79		

Z = Mann-Whitney U-test, H = Kruskal-Wallis H-test

จากตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทย หลังเข้าโปรแกรม จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทยหลังเข้าโปรแกรม จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test กรณีปัจจัยที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม และสถิติ Kruskal-Wallis H-test กรณีปัจจัยที่ศึกษาแบ่งเป็น 3 กลุ่มขึ้นไป พบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด หลังเข้าโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ด้วยระดับความเชื่อมั่น 95%

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้ารับการอบรมการใช้โปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการอบรมที่ทำทดสอบภาคทฤษฎี (Pretest-Posttest) (n = 93)

ทดสอบภาคทฤษฎี	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ทำเลย	1	1.1
ทำ Pretest อย่างเดียว	5	5.4
ทำ Posttest อย่างเดียว	12	12.9
ทำทั้ง Pretest-Posttest	75	80.6
รวม	93	100.0

จากตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการอบรมที่ทำทดสอบภาคทฤษฎี (Pretest-Posttest) พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมมีจำนวนทั้งสิ้น 93 คน และส่วนใหญ่ทำทดสอบภาคทฤษฎี ครบทั้ง Pretest และ Posttest 75 คน คิดเป็นร้อยละ 80.6

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการอบรมที่ทำทดสอบภาคปฏิบัติ (n = 93)

ทดสอบภาคปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ทำเลย	7	7.5
ทำครบทุกข้อ (ทั้ง 10 ข้อ)	86	92.5
รวม	93	100.0

จากตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการอบรมที่ทำทดสอบภาคปฏิบัติ พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่ทำทดสอบภาคปฏิบัติครบทุกข้อ 86 คนคิดเป็นร้อยละ 92.5

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการอบรมที่ทำทดสอบทั้งภาคทฤษฎี (Pretest-Posttest) และภาคปฏิบัติ (n = 93)

ทำทดสอบทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ทำเลยทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ	1	1.1
ทำภาคทฤษฎี เฉพาะ Pretest อย่างเดียว	1	1.1
ทำภาคทฤษฎี เฉพาะ Pretest อย่างเดียว และภาคปฏิบัติ	4	4.3
ทำภาคทฤษฎี เฉพาะ Posttest อย่างเดียว	2	2.2
ทำภาคทฤษฎี เฉพาะ Posttest อย่างเดียว และภาคปฏิบัติ	10	10.8
ทำภาคทฤษฎี อย่างเดียว	3	3.2
ทำภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ	72	77.4
รวม	93	100.0

จากตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการอบรมที่ทำทดสอบทั้งภาคทฤษฎี (Pretest-Posttest) และภาคปฏิบัติ พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่ทำทดสอบครบทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ 72 คน คิดเป็นร้อยละ 77.4

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาคทฤษฎีของผู้เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการเข้าการอบรม (n = 75)

คะแนนภาคทฤษฎี	N	Mean	SD	t	df	p-value
ก่อน (Pretest)	75	5.61	1.251	8.647	74	0.000*
หลัง (Posttest)	75	6.97	1.150			

* p-value < .05

จากตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาคทฤษฎีของผู้เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการเข้าการอบรม ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาคทฤษฎีก่อนและหลังเข้ารับการอบรม ด้วยสถิติ Paired-Samples T Test พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาคทฤษฎีภายหลังการเข้ารับการอบรมมากกว่าก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบคะแนนภาคปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรมเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด (เกณฑ์ผ่านร้อยละ 70 ซึ่งเท่ากับ 14 คะแนน) (n = 86)

ตัวแปร	N	เกณฑ์ที่กำหนด	Mean	SD	t	df	p-value
คะแนนภาคปฏิบัติ	86	14	14.9 0	3.037	2.734	85	.008*

* p-value < .05

จากตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบคะแนนภาคปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรมเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาคปฏิบัติ เทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดคือ 14 (ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 70) ด้วยสถิติ One-Sample t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาคปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรมสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ (Discussion)

สรุป

โปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข เป็น Home based psychosocial intervention ที่สามารถทำโดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมแม่หลังคลอดไม่เกิน 6 สัปดาห์ที่ได้รับการช่วยเหลือตามโปรแกรมครบ 5 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) คะแนนเฉลี่ย EPDS ลดลง 8.24 คะแนน จากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 11.76 คะแนนเป็น 3.52 คะแนนภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยคะแนนเฉลี่ยลดลงคิดเป็นร้อยละ 70

อภิปรายผล

การศึกษานี้ได้พัฒนาโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็น Home based psychosocial intervention โดยได้ปรับปรุงจาก โปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของวรวรรณ จงสง่าวิทยาลัย (2560) ซึ่งทำโดยพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน

จากการศึกษานี้พบว่าแม่หลังคลอดไม่เกิน 6 สัปดาห์ที่ได้รับการช่วยเหลือตามโปรแกรมครบ 5 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) โดยเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าไม่มีปัจจัยใดที่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข สามารถลดคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจากแบบคัดกรอง EPDS ฉบับภาษาไทยได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของงานวิจัยอื่นๆ อาทิ การศึกษาของ Sikander et al. (2019) การศึกษาของ Rahman et al. (2009) การศึกษาของ Fuhr et al. (2019) และการศึกษาของ วรวรรณ จงสง่าวิทยาลัย(2560) ฯลฯ ที่ทำการศึกษาในบริบทใกล้เคียงกัน กล่าวคือ ทำการศึกษาในพื้นที่ชนบทของกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและใช้โปรแกรมที่ได้แนวคิดจาก A manual for psychosocial management of perinatal depression ของ WHO Thinking Healthy เช่นเดียวกัน

โดยพบว่าแม้การศึกษานี้ ผู้ใช้โปรแกรมเป็นเพียงอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในชุมชนไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ดังเช่นในการศึกษาของวรวรรณ จงสง่าวิทยาลัย (2560) แต่ผลของโปรแกรมยังสามารถลดคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญ จากผลการศึกษาดังกล่าว อภิปรายได้ว่า อาจเกิดจากเครื่องมือวิจัย คือ โปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ที่แต่ละกิจกรรมมีรายละเอียดขั้นตอนและวิธีการดำเนินกิจกรรมพร้อมได้ยกตัวอย่างคำถามประกอบ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขใช้เป็นแนวทางในการสื่อสารกับแม่หลังคลอดไว้อย่างชัดเจน ได้แก่ ตัวอย่างคำถามที่ใช้การสำรวจอารมณ์ ตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการสำรวจสถานการณ์ ตัวอย่างคำถามในการให้แม่ลองหามุมมองบวก หรือทางแก้ไขปัญหาดังนี้

1. ตัวอย่างคำถามที่ใช้สำรวจอารมณ์

“ลูกเริ่มลืมตาและมองหน้าแม่หรือยังคะ คุณแม่คงมีความสุขมากแน่ๆ ที่ได้ดูแลลูกสังเกตจากสายตาที่คุณแม่มองลูก เราลองมาวัดอารมณ์ของคุณแม่ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง”

“คุณแม่ย้ายมาอยู่บ้านของตนเอง น่าจะทำให้คุณแม่อุ่นใจขึ้น แต่คุณแม่ยังมีสีหน้ากังวลอยู่เลย คุณแม่ให้คะแนนอารมณ์ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเท่าไรดีคะ”

2. ตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการสำรวจสถานการณ์

“คะแนนอารมณ์ของคุณแม่อยู่ที่ 55 คะแนน เป็นรูปนี้ รู้สึกเฉยๆ ไม่ดีและไม่แยเกินไป หน้าตาคุณแม่ดูสดใส คุณแม่ยังมีความเครียด/กังวลอะไรบ้างคะ ที่ยังกระทบจิตใจของคุณแม่ที่ทำให้รู้สึกแบบนี้”

“คะแนนอารมณ์ของคุณแม่อยู่ที่ 30 คะแนน เป็นรูปนี้ คุณแม่ยังรู้สึกแย่ ในการปรับตัวบทบาทของการเป็นแม่ครั้งนี้ คุณแม่มีอะไรจะเล่าให้ฟังไหมคะ”

3. ตัวอย่างคำถามในการให้แม่ลองหามุมมองบวก หรือทางแก้ไขปัญหาในสถานการณ์นั้นๆ

สถานการณ์ : แม่รู้สึกเครียด เหนื่อยที่ต้องดูแลลูกตลอดเวลา โดยไม่ได้ออกไปไหนเลย

“คุณแม่ได้มีโอกาสพาลูกไปพบปะกับเพื่อนๆ เพื่อจะได้ผ่อนคลายบ้าง หลายๆ คนบอกว่าการพาลูกออกมาข้างนอกนั้น ทำให้ลูกป่วยและไม่สบาย แต่จริงๆ การพาลูกไปพบปะผู้คนมีประโยชน์นอกจากทำให้จิตใจของแม่ผ่อนคลายมากขึ้น ยังทำให้เด็กได้เจอสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ หรือพบผู้คนและคุ้นชินกับคนรอบข้าง อีกทั้งเมื่อเจอความเปลี่ยนแปลงเขาจะรู้สึกอุ่นใจที่มีแม่อยู่ข้างๆ การเจ็บป่วยของเด็กเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ เราต้องป้องกันมลภาวะจากสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นระหว่างพาไปข้างนอก เช่น เลี่ยงแสงแดดที่ทำให้อุณหภูมิของเด็กเปลี่ยนแปลงบ่อย เลี่ยงสถานที่ชุมชนที่มีฝุ่นควันจากท่อไอเสียรถ การล้างมือก่อนสัมผัสของคนรอบข้าง”

ประกอบกับก่อนนำโปรแกรมโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข คณะผู้วิจัยได้จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การดูแลช่วยเหลือแม่ซึมเศร้าหลังคลอด ระยะเวลา 2 วัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุขไปใช้ดูแลช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ กิจกรรมโครงการประกอบด้วย การบรรยายภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งการฝึกภาคปฏิบัติแบ่งการฝึกปฏิบัติตามขั้นตอนกิจกรรมของโปรแกรมทั้งหมด 5 ฐาน ในการฝึกแต่ละฐาน วิทยากรได้จำลองสถานการณ์แสดงการเยี่ยมแม่ซึมเศร้าหลังคลอดของอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยคู่มือโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข สาธิตให้ผู้อบรมดูเป็นตัวอย่าง หลังจากนั้นจึงให้ผู้อบรมจับคู่กันฝึกปฏิบัติตามวิธีการดำเนินกิจกรรมแต่ละกิจกรรม โดยผลัดกันเป็น อสม. ที่ไปเยี่ยมแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดด้วยคู่มือโปรแกรมการดูแลแม่ซึมเศร้าหลังคลอด แต่ละฐานมีการประเมินผลการฝึกปฏิบัติก่อน-หลัง จนครบทั้ง 5 ฐาน ดังนี้

ฐานที่ 1 การฝึกปฏิบัติการใช้คู่มือการดูแลแม่ซึมเศร้าหลังคลอด ครั้งที่ 1 การประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและการเตรียมความพร้อม

ฐานที่ 2 การฝึกปฏิบัติการใช้คู่มือการดูแลแม่ซึมเศร้าหลังคลอดครั้งที่ 2 “การดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด”

ฐานที่ 3 การฝึกปฏิบัติการใช้คู่มือการดูแลแม่ซึมเศร้าหลังคลอดครั้งที่ 3 “การสร้างสัมพันธภาพแม่ลูก”

ฐานที่ 4 การฝึกปฏิบัติการใช้คู่มือการดูแลแม่ซึมเศร้าหลังคลอดครั้งที่ 4 “การสร้างสัมพันธภาพระหว่างครอบครัว”

ฐานที่ 5 การฝึกปฏิบัติการใช้คู่มือการดูแลแม่ซึมเศร้าหลังคลอด ครั้งที่ 5 การประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดซ้ำ

จากการดำเนินกิจกรรมอบรมการฝึกปฏิบัติการใช้คู่มือการดูแลแม่ซึมเศร้าหลังคลอด แก่อาสาสมัครสาธารณสุขดังกล่าว และจากการที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ได้นำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลช่วยเหลือแม่ซึมเศร้าหลังคลอดจนครบโปรแกรม โดยสัมภาษณ์ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัจจัยของขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่ส่งผลให้อสม.สามารถช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้จริง สรุปได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถให้การดูแลช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยใช้โปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุขจนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดลดลงและไม่ใช้ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งสามารถสรุปข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัจจัยของขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยของอสม.ได้ดังนี้

- การแสดงการสัมภาษณ์ของวิทยากรในการอบรมการใช้โปรแกรม ทำให้ อสม.เห็นตัวอย่างจริงส่งผลให้สามารถมองเห็นภาพในสถานการณ์การลงเยี่ยมบ้านได้อย่างชัดเจน และใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาขณะลงเยี่ยมที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งยังช่วยเพิ่มความมั่นใจให้อสม.ด้วย

- การแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติในการอบรมการใช้โปรแกรม ทำให้อสม.เกิดความคุ้นชินกับคำถามที่ใช้ขณะลงเยี่ยมบ้าน และได้ฝึกการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเมื่อเจอคำตอบหรือคำถามหลายรูปแบบ อีกทั้งยังช่วยสร้างความมั่นใจ ลดความเขินอายเมื่อลงเยี่ยมบ้านจริง

- เนื้อหาโปรแกรมที่มีสัดส่วนภาพประกอบต่อเนื่องมากทำให้อสม.และแม่หลังคลอดเข้าใจง่ายซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรม

- การคัดเลือกอสม.ที่มีประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านแม่หลังคลอดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อสม.สามารถดำเนินโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยกตัวอย่าง เช่น อสม.ผู้รับผิดชอบเรื่องการให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และ อสม.ผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมแม่หลังคลอดอยู่เดิม ซึ่งเคยมีประสบการณ์ในการเยี่ยมแม่หลังคลอดสามารถใช้โปรแกรมได้อย่างคล่องแคล่วมากกว่าผู้ไม่มีประสบการณ์

- การคัดเลือกอสม. ที่มีบุคลิกและลักษณะนิสัยเหมาะกับการเยี่ยมบ้านเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อสม.สามารถดำเนินโปรแกรมได้อย่างราบรื่น เช่น อสม.ที่มีอัธยาศัยดีช่างพูดช่างคุยมีความมั่นใจ จะสามารถใช้โปรแกรมได้อย่างราบรื่นกว่า

- สัมพันธภาพเดิมของอสม.กับคนในชุมชน เป็นปัจจัยหนึ่งที่อสม.ให้ความเห็นว่ามีผลต่อความราบรื่นในการใช้โปรแกรม อสม.ให้ความเห็นว่าในพื้นที่ชนบทกว่าคนในชุมชนมักมีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากกว่าชุมชนที่เป็นกึ่งเมืองกึ่งชนบท อสม.มักจะมีสัมพันธภาพเดิมกับแม่หลังคลอดดี ทำให้แม่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม

- การมีพยาบาลในพื้นที่ช่วยทบทวนการใช้คู่มือ เตรียมเอกสาร พูดคุยชักชวนการเยี่ยมบ้านตามโปรแกรมก่อนลงเยี่ยมบ้านจริง สามารถช่วยเพิ่มความมั่นใจของ อสม.ในการใช้โปรแกรม ซึ่งส่งผลให้แม่หลังคลอดเกิดความเชื่อมั่นในการใช้โปรแกรมของ อสม.

จากข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของอสม.ต่อการอบรวมการใช้โปรแกรมข้างต้นสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลอสม.ที่เข้ารับการอบรวมการใช้โปรแกรม โดยพบว่าอสม.มีคะแนนเฉลี่ยภาคทฤษฎีภายหลังจากเข้ารับอบรมมากกว่าก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีคะแนนเฉลี่ยภาคปฏิบัติสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อจำกัด

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ จำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่มาก ไม่มีกลุ่มควบคุมและการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ ไม่ได้มีการติดตามว่าเมื่อเวลาผ่านไปประสิทธิภาพของโปรแกรมยังคงอยู่ได้นานหรือไม่ อีกทั้งยังมีเนื้อหาของโปรแกรมบางส่วนที่อสม.ผู้ใช้โปรแกรมรู้สึกว่ายาก เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดแม่หลังคลอด เพราะส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่แก้ไขยาก เช่น ด้านเศรษฐกิจ ด้านความเชื่อ ฯลฯ ซึ่งข้อจำกัดนี้ทำให้อสม.ต้องใช้เวลาในการฝึกทักษะและเตรียมตัวก่อนออกเยี่ยมบ้าน ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการช่วยเหลือหากมีแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจำนวนมากขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นเพียงการวิจัยนำร่องในจังหวัดสกลนครเพื่อพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในอนาคตควรมีการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมที่พัฒนาแล้วด้วยการทำการศึกษาระบบ Randomized Controlled Trial โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้นในหลายพื้นที่ทั่วประเทศ รวมทั้งการปรับการยกตัวอย่างข้อคำถาม สถานการณ์ ในส่วนขั้นตอนวิธีการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ที่นำโปรแกรมไปใช้ ได้แก่ บริบทที่เป็นสังคมเมือง บริบทที่เป็นชนบท เป็นต้น เพื่อที่ในอนาคตจะสามารถนำโปรแกรมที่พัฒนานี้ไปใช้ดูแลแม่ซึมเศร้าหลังคลอดทั่วประเทศได้ นอกจากนี้ในการศึกษาต่อไปควรมีการติดตามผลของการศึกษาหลังสิ้นสุดโปรแกรมทั้งในประสิทธิภาพของโปรแกรมในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและพัฒนาการระยะยาวของเด็กที่แม่ได้รับการช่วยเหลือตามโปรแกรม

อนึ่ง การศึกษานี้แสดงให้เห็นศักยภาพของอสม.ในการช่วยเหลือผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งในอนาคตผู้ที่สนใจอาจสามารถนำแนวทางที่ได้เรียนรู้จากการศึกษานี้ไปพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ โดยอสม. ต่อไป

บรรณานุกรม

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. In *Arlington*. American Psychiatric Publishing.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Atif, N., Nisar, A., Bibi, A., Khan, S., Zulfiqar, S., Ahmad, I., Sikander, S., & Rahman, A. (2019). Scaling-up psychological interventions in resource-poor settings: training and supervising peer volunteers to deliver the ‘Thinking Healthy Programme’ for perinatal depression in rural Pakistan. *Global Mental Health*, 6.
<https://doi.org/10.1017/gmh.2019.4>
- Beck, A T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. Hoeber Medical Division, Harper & Row.
<https://books.google.com/books?id=L3NHAAAAMAAJ>
- Beck, Aaron T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. The Guilford Press.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50(5), 275–285.
- Bernard-Bonnin, A.-C. (2004). Maternal depression and child development. *Paediatrics & Child Health*, 9(8), 575–583. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19680490>
- Braverman, J., & Roux, J. F. (1978). Screening for the patient at risk for postpartum depression. *Obstetrics and Gynecology*, 52(6), 731–736.
- Bruner, J. S. (1966). *Toward a Theory of Instruction*. Harvard University Press.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2000). The efficacy of toddler-parent psychotherapy for fostering cognitive development in offspring of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2), 135–148.
- Clarke, K., King, M., & Prost, A. (2013). Psychosocial Interventions for Perinatal Common Mental Disorders Delivered by Providers Who Are Not Mental Health Specialists in Low- and Middle-Income Countries : A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine*, 10(10), e1001541.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001541>
- Cooper, P. J., Tomlinson, M., Swartz, L., Landman, M., Molteno, C., Stein, A., McPherson, K., & Murray, L. (2009). Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomised controlled trial. *BMJ*, 338, b974. <https://doi.org/10.1136/bmj.b974>
- Cutrona, C. E. (1982). Nonpsychotic postpartum depression: A review of recent research. *Clinical Psychology Review*, 2(4), 487–503.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0272-7358\(82\)90026-5](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0272-7358(82)90026-5)

- Fariás-antúnez, S., Xavier, M. O., & Santos, I. S. (2018). Effect of maternal postpartum depression on offspring's growth. *Journal of Affective Disorders*, 228, 143–152. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.013>
- Ferber, S. G., Feldman, R., & Makhoul, I. R. (2008). The development of maternal touch across the first year of life. *Early Human Development*, 84(6), 363–370. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2007.09.019>
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions , parenting , and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, 33, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- Fuhr, D. C., Weobong, B., Lazarus, A., Vanobberghen, F., Weiss, H. A., Singla, D. R., Tabana, H., Afonso, E., De Sa, A., D'Souza, E., Joshi, A., Korgaonkar, P., Krishna, R., Price, L. N., Rahman, A., & Patel, V. (2019). Delivering the Thinking Healthy Programme for perinatal depression through peers: an individually randomised controlled trial in India. *The Lancet. Psychiatry*, 6(2), 115–127. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30466-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30466-8)
- Gaillard, A., Le Strat, Y., Mandelbrot, L., Keita, H., & Dubertret, C. (2014). Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Research*, 215(2), 341–346. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.003>
- Gao, L., Chan, S. W., Li, X., Chen, S., & Hao, Y. (2010). Evaluation of an interpersonal-psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(10), 1208–1216. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.03.002>
- Gao, L., Chan, S. W., & Sun, K. (2012). Effects of an interpersonal-psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women at 3-month follow up: Randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 274–281. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.010>
- Gjerdingen, D. K., Froberg, D. G., & Fontaine, P. (1991). The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period. *Family Medicine*, 23(5), 370—375. <http://europepmc.org/abstract/MED/1884933>
- Grantham-McGregor, S., Cheung, Y. B., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, L., Strupp, B., & Group, I. C. D. S. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet (London, England)*, 369(9555), 60–70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60032-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4)

- Gureje, O., Abdulmalik, J., Kola, L., Musa, E., Yasamy, M. T., & Adebayo, K. (2015). Integrating mental health into primary care in Nigeria: report of a demonstration project using the mental health gap action programme intervention guide. *BMC Health Services Research*, 15, 242. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0911-3>
- Hendrick, V., Altshuler, L. L., & Suri, R. (1998). Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. *Psychosomatics*, 39(2), 93–101. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(98\)71355-6](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(98)71355-6)
- Herrera, E., Reissland, N., & Shepherd, J. (2004). Maternal touch and maternal child-directed speech: effects of depressed mood in the postnatal period. *Journal of Affective Disorders*, 81(1), 29–39. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.07.001>
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. In *Journal of Psychosomatic Research* (Vol. 11, Issue 2, pp. 213–218). Elsevier Science. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Hughes, M. (2008). *A randomised controlled trial of a perinatal psycho-social interventoin for postnatal depression in Goa, India*. Kings College London.
- Jencen, M. B., & Bobak, I. M. (1985). *Maternity and Gynecological Care: The Nursing and the Family* (3rd Editio). The C.V. Mosby.
- Jordan, P. L. (1989). Support behaviors identified as helpful and desired by second-time parents over the perinatal period. In *Maternal-Child Nursing Journal* (Vol. 18, Issue 2, pp. 133–145). Blackwell Publishing.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry* (8th Editio). Williams & Wilkins.
- Kaplan, P. S., Bachorowski, J. A., & Zarlengo-Strouse, P. (1999). Child-directed speech produced by mothers with symptoms of depression fails to promote associative learning in 4-month-old infants. *Child Development*, 70(3), 560–570.
- Keltner, N. L., Schwecke, L. H., Bostrom, C. E., & McGuinness, T. M. (2011). *Psychiatric Nursing* (6th Editio). Elsevier.
- Kendell, R. E., Chalmers, J. C., & Platz, C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 150, 662–673. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.5.662>
- Langer, A., Farnot, U., Garcia, C., Barros, F., Victora, C., Belizan, J. M., & Villar, J. (1996). The Latin American trial of psychosocial support during pregnancy: Effects on mother's wellbeing and satisfaction. *Social Science & Medicine*, 42(11), 1589–1597. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00262-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00262-6)

- Le Roux, I. M., Tomlinson, M., Harwood, J. M., O'Connor, M. J., Worthman, C. M., Mbewu, N., Stewart, J., Hartley, M., Swendeman, D., Comulada, W. S., Weiss, R. E., & Rotheram-Borus, M. J. (2013). Outcomes of home visits for pregnant mothers and their infants: a cluster randomized controlled trial. *AIDS (London, England)*, 27(9), 1461–1471. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3283601b53>
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 561–592.
- Mao, H.-J., Li, H.-J., Chiu, H., Chan, W.-C., & Chen, S.-L. (2012). Effectiveness of Antenatal Emotional Self-Management Training Program in Prevention of Postnatal Depression in Chinese Women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(4), 218–224. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1744-6163.2012.00331.x>
- Mathisen, S. E., Glavin, K., Lien, L., & Lagerløv, P. (2013). Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. *International Journal of Women's Health*, 5, 787–793. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S51436>
- Mercer, R. T. (1981). Factors impacting on the maternal role the first year of motherhood. *Birth Defects Original Article Series*, 17(6), 233–252.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67(5), 2512–2526.
- Murray, L. K., Dorsey, S., Bolton, P., Jordans, M. J., Rahman, A., Bass, J., & Verdeli, H. (2011). Building capacity in mental health interventions in low resource countries: an apprenticeship model for training local providers. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(1), 30. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-30>
- NICHD Early Child Care Research Network. (1999). Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 months. *Developmental Psychology*, 35(5), 1297–1310.
- Nonacs, R., & Cohen, L. (1998). Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 2, 34–40.
- O'Hara, M W, Neunaber, D. J., & Zekoski, E. M. (1984). Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 158–171. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.93.2.158>
- O'Hara, Michael W, & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379–407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>

- Organization, W. H. (n.d.). *Maternal mental health*.
https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/
- Paris, J., Ricardo, A., Rymond, D., & Johnson, A. (2018). *Child Growth and Development*. College of the Canyons. <https://books.google.com/books?id=qtg6zQEACAAJ>
- Paulson, J. F., Dauber, S., & Leiferman, J. A. (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*, 118(2), 659–668. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2948>
- Pillitteri, A. (2003). *Maternal & Child Health Nursing*. Wolters Kluwer.
- Pitanupong, J., Liabsuetrakul, T., & Vittayanont, A. (2007). Validation of the Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Research*, 149, 253–259.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.12.011>
- Rahman, A, Iqbal, Z., Roberts, C., & Husain, N. (2009). Cluster randomized trial of a parent-based intervention to support early development of children in a low-income country. *Child: Care, Health and Development*, 35(1), 56–62.
<https://doi.org/doi:10.1111/j.1365-2214.2008.00897.x>
- Rahman, Atif, Fisher, J., Bower, P., Luchters, S., Tran, T., Yasamy, M. T., Saxena, S., & Waheed, W. (2013). Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 593-601l.
<https://doi.org/10.2471/BLT.12.109819>
- Righetti-Veltema, M., Conne-Perreard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders*, 70(3), 291–306.
- Robledo-Colonia, A. F., Sandoval-Restrepo, N., Mosquera-Valderrama, Y. F., Escobar-Hurtado, C., & Ramírez-Vélez, R. (2012). Aerobic exercise training during pregnancy reduces depressive symptoms in nulliparous women: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 58(1), 9–15.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(12\)70067-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1836-9553(12)70067-X)
- Shields-Zeeman, L., Pathare, S., Walters, B. H., Kapadia-Kundu, N., & Joag, K. (2017). Promoting wellbeing and improving access to mental health care through community champions in rural India: the Atmiyata intervention approach. *International Journal of Mental Health Systems*, 11, 6.
<https://doi.org/10.1186/s13033-016-0113-3>

- Sichel, D. A., Cohen, L. S., Robertson, L. M., Rutterberg, A., & Rosenbaum, J. F. (1995). Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. *Biological Psychiatry*, 38(12), 814–818. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(95\)00063-1](https://doi.org/10.1016/0006-3223(95)00063-1)
- Sikander, S., Ahmad, I., Atif, N., Zaidi, A., Vanobberghen, F., Weiss, H. A., Nisar, A., Tabana, H., Ain, Q. U., Bibi, A., Bilal, S., Bibi, T., Liaqat, R., Sharif, M., Zulfiqar, S., Fuhr, D. C., Price, L. N., Patel, V., & Rahman, A. (2019). Delivering the Thinking Healthy Programme for perinatal depression through volunteer peers: a cluster randomised controlled trial in Pakistan. *The Lancet. Psychiatry*, 6(2), 128–139. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30467-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30467-X)
- Singla, D., Lazarus, A., Atif, N., Sikander, S., Bhatia, U., Ahmad, I., Nisar, A., Khan, S., Fuhr, D., Patel, V., & Rahman, A. (2014). “Someone like us”: delivering maternal mental health through peers in two South Asian contexts. *Journal of Affective Disorders*, 168, 452–458. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.07.017>
- Stamou, G., García-palacios, A., & Botella, C. (2018). *Cognitive-Behavioural therapy and interpersonal psychotherapy for the treatment of post-natal depression : a narrative review*.
- Stephens, S., Ford, E., Paudyal, P., & Smith, H. (2016). Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: A meta-analysis. *Annals of Family Medicine*, 14(5), 463–472. <https://doi.org/10.1370/afm.1967>
- Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S. L., & Wallington, T. (2003). *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*.
- Tripathy, P., Nair, N., Barnett, S., Mahapatra, R., Borghi, J., Rath, S., Rath, S., Gope, R., Mahto, D., Sinha, R., Lakshminarayana, R., Patel, V., Pagel, C., Prost, A., & Costello, A. (2010). Effect of a participatory intervention with women’s groups on birth outcomes and maternal depression in Jharkhand and Orissa, India: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 375(9721), 1182–1192. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)62042-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)62042-0)
- Walker, S. P., Wachs, T. D., Grantham-McGregor, S., Black, M. M., Nelson, C. A., Huffman, S. L., Baker-Henningham, H., Chang, S. M., Hamadani, J. D., Lozoff, B., Gardner, J. M. M., Powell, C. A., Rahman, A., & Richter, L. (2011). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet (London, England)*, 378(9799), 1325–1338. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60555-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60555-2)

- Weobong, B., Soremekun, S., Ten Asbroek, A. H., Amenga-Etego, S., Danso, S., Owusu-Agyei, S., Prince, M., & Kirkwood, B. R. (2014). Prevalence and determinants of antenatal depression among pregnant women in a predominantly rural population in Ghana: the DON population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 165, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.009>
- Yoshida, K., Marks, M. N., Kibe, N., Kumar, R., Nakano, H., & Tashiro, N. (1997). Postnatal depression in Japanese women who have given birth in England. *Journal of Affective Disorders*, 43(1), 69–77. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(96\)01419-x](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(96)01419-x)
- จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, & กมลรัตน์ วัชรภรณ์. (2548). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(4), 246–254.
- ชญาณี วัชรเกษมสินธุ์. (2554). *การกระตุ้นพัฒนาการ*.
<https://www.happyhomeclinic.com/academy/au11-ES.pdf>
- ทรรพพันธ์ จุลพูล & ชื่นฤทัย ยี่เจียน. (2558). การศึกษาภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 26 (1), 64–74.
- นภัสนันท์ สุขเกษม. (2559). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34(1), 61–69.
- นิตยา คชภักดี. (2543). *ขั้นตอนการพัฒนาของเด็กปฐมวัยตั้งแต่ ปฏิสนธิถึง 5 ปี*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร.
- นุรุณอินชาน กอระ. (2555). *ทฤษฎีพัฒนาการเรียนรู้ บทความจิตวิทยา*.
http://405404027.blogspot.com/2012/10/blog-post_5215.htm
- เบญจพร ปัญญา. (2555). ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของหญิงไทย: การสำรวจระดับชาติปี 2555. In *กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข*.
- ปรีศ กิตติธีระศักดิ์. (2559). *ภาวะซึมเศร้า*. http://www.nurse.tu.ac.th/pdf/บทความซึมเศร้า_ศูนย์ส่งเสริม.pdf
- ปิ่นแก้ว โชติอำนวย. (2544). *ปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถทำนายอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด*. สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรทิพย์ กมลวรรณ ซากิน๊ะ. (2557). *ปรัชญา แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย*.
http://pc54504ee053-5.blogspot.com/2014/11/blog-post_99.html
- พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล, ยุวดี ฤๅชา, & สายลม เกิดประเสริฐ. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลแรงสนับสนุนจากคู่สมรสการปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดาและอาการซึมเศร้าภายหลังคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์รามธิบดี*, 6, 201–211.
- พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสแรงสนับสนุนทางสังคมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองการปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดากับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก*. ดุษฎีนิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พรศรี ดิสรเทติวัฒน์. (2542). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการวิตกกังวลภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลรามาธิบดี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาชีวสถิติ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เฟื่องลดาทองประเสริฐ. (2554). การดูแลสตรีระยะหลังคลอด (Puerperium Care).
https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=473:postpartum-care&catid=38&Itemid=480
- ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. (2550). ปัญหาจิต ปัญหาใจ ปัญหาเด็ก..เด็ก..ปัญหาผู้ใหญ่ แก้ได้ด้วยตัวคุณ. กรุงเทพฯ: สรรพสาร.
- มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, & ประเสริฐ ศันสนีย์วิทยกุล. (2553). ตำราสูติศาสตร์ *Textbook of obstetrics*. ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- วรรณพักตร์ วิวัฒนวงศา. (2550). โรคซึมเศร้าหลังคลอด. *วารสารสวนปรุง*, 23(3), 39–49.
- วรวรรณ จงสง่าวิทยาเลิศ, อัมพร เบญจพลพิทักษ์, บุชรา คุณพันธ์, & วรณภา เปรมปรีดา. (2560). ผลของโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด. *วารสารราชานุกูล*, 32(2 (ก.ค.-ธ.ค. 2561)), 17–30.
- วรวรรณ จงสง่าวิทยาเลิศ. (2560). ผลของโปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดต่ออารมณ์ของแม่และพัฒนาการเด็ก. กรมสุขภาพจิต.
- วรพรรณ ผดุงโยธี. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันปัจจัยส่วนบุคคลและอาการวัยยา เซอร์พานิชย์เวช. (2558). ความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลกลาง. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 8 (1), 12–21.
- วิไลพรรณ สวัสดิ์พานิชย์. (2546). การพยาบาลมารดาหลังคลอด. ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิไลพรรณ สวัสดิ์พานิชย์. (2548). การดูแลและส่งเสริมสุขภาพหญิงในระยะคลอดและทารกแรกเกิด. ชลบุรี: โรงพิมพ์ศรีศิลป์การพิมพ์.
- สายลม เกิดประเสริฐ. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลแรงสนับสนุนจากคู่สมรสการปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดาและอาการซึมเศร้าภายหลังคลอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สการรัตน์ เทพภิรักษ์, ภัสสร มุกดาเกษม, จรรยา สืบนุช, & จารุณี จตุพรเพิ่ม. (2557). การศึกษาปัจจัยด้านการเลี้ยงดูของผู้ปกครองและการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตสาธารณสุขที่ 4 และ 5. ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี.
- สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ. (2560). การสำรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กไทย 4 ช่วงวัย (9, 18, 30, 42 เดือน). http://nich.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=111
- สถาบันราชานุกูล. (2559). ผลการสำรวจสถานการณ์ IQ เด็กไทย ปี 2559.
http://rajanukul.go.th/new/_admin/download/12-5865-1475465329.pdf
- สมภาพ เรืองตระกูล. (2553). คู่มือจิตเวชคลินิก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

- สมภพ เรืองตระกูล. (2551). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สินาพร วิทยานิษฐ์. (2553). *ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในมารดาที่ให้นมทารก ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุเมธ น้อยบุญเต็ม. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี*. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- โสภณ เมฆธน. (2559). *แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ*. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- อจณรีย์ ทองสวรรค์. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลแรงสนับสนุนในระยะหลังคลอด ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของบุตรกับอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในระยะหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และวรรณ จงสง่าวิทยาเลิศ (2561). *คู่มือเยี่ยมแม่หลังคลอดสำหรับอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพฯ: ชันตาการพิมพ์.
- ตัวชี้วัดระดับกระทรวง กรมอนามัย กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก. (2560). *สำนักส่งเสริมสุขภาพ*.
- เอกชัย เพ็ชรพรประภาส, & มาโนช หล่อตระกูล. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างการคลอดและสุขภาพของทารกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลรามาธิบดี*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(1), 29.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

เนื่องจากคุณเพิ่งให้กำเนิดบุตรเมื่อไม่นานมานี้ อยากทราบว่าความรู้สึกอย่างไร โปรดทำเครื่องหมาย (x)
หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด ใน 7 วันที่ผ่านมา โดยไม่ใช่ความรู้สึกในวันนี้

ตัวอย่าง ฉันรู้สึกมีความสุข

- () 1. ตลอดเวลา
- (x) 2. เป็นส่วนใหญ่
- () 3. ไม่บ่อยนัก
- () 4. ไม่มีเลย

หมายถึง “ฉันรู้สึกมีความสุขเป็นส่วนใหญ่ในช่วงระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา” กรุณาตอบคำถามมาให้ครบถ้วน
ในวิธีเดียวกันในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา

1. ฉันสามารถหัวเราะและมองสิ่งต่างๆ รอบตัวที่เกิดขึ้นได้อย่างสนุกสนาน

- () 0. มากเท่าๆ กับที่เคยเป็น
- () 1. ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น
- () 2. น้อยลงมากอย่างเห็นได้ชัด
- () 3. ไม่มีเลย

2. สิ่งต่างๆ ได้ทั้บถมอยู่บนตัวฉัน

- () 0. ฉันสามารถจัดการมันได้เหมือนอย่างที่เคย
- () 1. เกือบตลอดเวลาฉันสามารถจัดการได้ดี
- () 2. บางเวลาฉันไม่สามารถจัดการได้
- () 3. เกือบตลอดเวลาฉันไม่สามารถจัดการได้เลย

3. ฉันรอคอยสิ่งที่จะเกิดขึ้นข้างหน้าอย่างมีความสุข

- () 0. มากเท่าๆ กับที่เคยเป็น
- () 1. ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น
- () 2. น้อยลงมากอย่างเห็นได้ชัด
- () 3. ไม่มีเลย

4. ฉันรู้สึกไม่มีความสุขจนทำให้นอนหลับได้ยาก

- () 0. ไม่เคยเลย
- () 1. ไม่บ่อยนัก
- () 2. บางเวลา
- () 3. เกือบตลอดเวลา

5. ฉันตำหนิตัวเองโดยไม่จำเป็นเมื่อมีสิ่งผิดพลาดเกิดขึ้น

- () 0. ไม่มีเลย
- () 1. ไม่บ่อยนัก
- () 2. บางเวลา
- () 3. เกือบตลอดเวลา

6. ฉันรู้สึกเศร้าหรือทุกข์ระทม
- () 0. ไม่เคยเลย
- () 1. ไม่บ่อยนัก
- () 2. ค่อนข้างบ่อย
- () 3. เกือบตลอดเวลา
7. ฉันรู้สึกกระวนกระวายอย่างไม่มีเหตุผลที่ดีเพียงพอ
- () 0. ไม่มีเลย
- () 1. เกือบจะไม่มี
- () 2. มีบางเวลา
- () 3. มีบ่อยมาก
8. ฉันรู้สึกไม่มีความสุขจนต้องร้องไห้
- () 0. ไม่เคยเลย
- () 1. ไม่บ่อยนัก
- () 2. ค่อนข้างบ่อย
- () 3. เกือบตลอดเวลา
9. ฉันรู้สึกกลัวหรือตื่นตระหนกโดยไม่มีเหตุผลเพียงพออย่างมาก
- () 0. ไม่เคยเลย
- () 1. ไม่บ่อยนัก
- () 2. บางเวลา
- () 3. รู้สึกมากจริงๆ
10. ฉันมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย
- () 0. ไม่เคยเลย
- () 1. เกือบจะไม่เคย
- () 2. บางเวลา
- () 3. ค่อนข้างบ่อย

เกณฑ์การประเมินคะแนน

คะแนน < 10 คะแนน	ไม่พบความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ดูแลตามระบบ
คะแนนเท่ากับ 10-14 คะแนน	ยังมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ให้การติดตามดูแลเยี่ยมบ้านทุก 1 เดือน และประเมินภาวะซึมเศร้าทุก 3 เดือน หยุดเยี่ยมบ้านเมื่อคะแนน < 10 คะแนน เมื่อครบ 1 ปี คะแนนยังมากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน ให้ส่งปรึกษาแพทย์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิต
คะแนน ≥ 15 คะแนน	มีความเสี่ยงสูง จำเป็นต้องส่งปรึกษาแพทย์
** หากในข้อ 10 มีคะแนน ≥ 1 คะแนน ควรส่งพบแพทย์ด่วน **	

คู่มือ

เยี่ยมแม่หลังคลอด

สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)



กรมสุขภาพจิต
สถาบันราชานุกูล



คู่มือเยี่ยมแม่หลังคลอด
สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)



ชื่อหนังสือ : คู่มือเยี่ยมแม่หลังคลอดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
บรรณาธิการ : ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์
พิมพ์ครั้งที่ 1 : ธันวาคม 2562
จำนวนพิมพ์ : 300 เล่ม
จัดทำโดย : สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400
โทร 0 2248 8900 โทรสาร 0 2248 2944
พิมพ์ที่ : บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด

คำนำ

คู่มือเยี่ยมแม่หลังคลอดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จัดทำขึ้นเพื่อให้ อสม. ใช้เป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือแม่หลังคลอด ซึ่งเป็นการนำแนวคิดของการทำจิตบำบัดด้วยวิธีปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive Behavior Therapy) มาประยุกต์ให้มีความเหมาะสมกับ อสม. ที่จะนำไปใช้ในการดูแลติดตามสุขภาพของแม่หลังคลอด เพื่อให้แม่มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี นำไปสู่การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแม่กับลูก อันจะเป็นพื้นฐานสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทยต่อไป

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาในคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อระบบการดูแลแม่หลังคลอด ให้มีแนวทางการช่วยเหลือและดูแลสุขภาพแม่หลังคลอดให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี รวมถึงเป็นต้นแบบในการพัฒนารูปแบบการดูแลแม่หลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คณะผู้จัดทำ



สารบัญ

หน้า

คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ค
สารบัญรูปภาพ	ง
บทนำ : โปรแกรมช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	1
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 การประเมินสุขภาพจิตแม่หลังคลอด	3
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 การดูแลสุขภาพแม่	11
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 การสร้างสัมพันธ์ภาพแม่กับลูก	17
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างแม่กับคนรอบข้าง	23
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 การสรุปผลของโปรแกรม	27
เอกสารอ้างอิง	33



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 กิจกรรมการเยี่ยมแม่หลังคลอด	1
2 ตารางสำรวจอารมณ์ ครั้งที่ 1	10
3 ตารางทำออกกำลังกาย	12
4 เป้าหมายและแผนการดูแลสุขภาพกายของแม่	14
5 ตารางสำรวจอารมณ์ ครั้งที่ 2	16
6 เป้าหมายและแผนการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับลูก	19
7 ตารางสำรวจอารมณ์ ครั้งที่ 3	22
8 เป้าหมายและแผนการสร้างสัมพันธ์กับคนรอบข้าง	24
9 ตารางสำรวจอารมณ์ ครั้งที่ 4	26
10 ตารางสำรวจอารมณ์ ครั้งที่ 5	28
11 ตารางสรุปผลประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	32



สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 แผนผังแสดงขั้นตอนการเยี่ยมบ้านตามโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด	2
2 ปัจจัยที่ทำให้แม่มีสุขภาพจิตดี	6
3 กราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์	29



บทนำ :

โปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

โปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและคู่มือเยี่ยมแม่หลังคลอดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้พัฒนามาจากคู่มือการดูแลแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดขององค์การอนามัยโลก (WHO) นำมาดัดแปลงเนื้อหา เพื่อให้ อสม. ในชุมชนที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชสามารถให้การดูแลช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ โดยเน้นที่การบำบัดทางจิตสังคมในชุมชนที่มีรากฐานมาจากหลักการปรับความคิดและพฤติกรรม

กลุ่มเป้าหมายหลักของโปรแกรมนี้นี้ คือ แม่หลังคลอดที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และพบว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด กลุ่มเป้าหมายจะได้รับการเยี่ยมบ้านจากอสม. ทุกๆ 2 สัปดาห์ เป็นจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที โดยใช้คู่มือเยี่ยมแม่หลังคลอดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกับการสำรวจอารมณ์ด้วยอุปกรณ์ไม่บรรทัดวัดอารมณ์ เพื่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งจะมีกิจกรรม ดังตารางที่ 1 ตามลำดับ

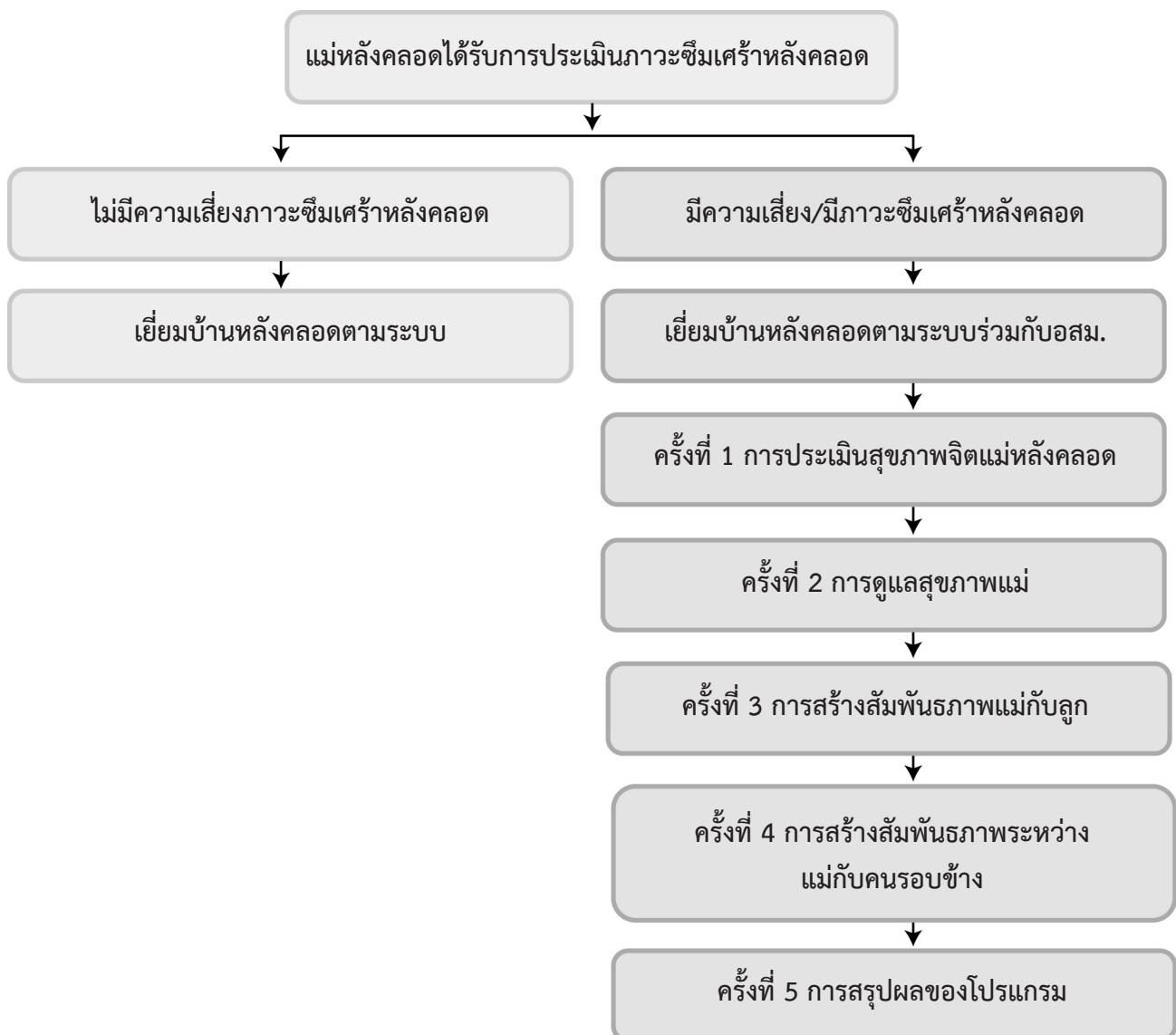
ตารางที่ 1 : กิจกรรมการเยี่ยมแม่หลังคลอด

ครั้งที่	ช่วงเวลา	รูปแบบ	กิจกรรม
1	ไม่เกิน 4 สัปดาห์ หลังคลอด	อสม.เยี่ยมบ้าน	1) สัมภาษณ์/สอบถามข้อมูลทั่วไปของแม่ 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต ของแม่หลังคลอด 3) แนะนำโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 4) หาเพื่อนร่วมทีมเพื่อดูแลสุขภาพแม่ 5) สำรวจอารมณ์ ครั้งที่ 1
2	2 สัปดาห์ หลังการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1	อสม.เยี่ยมบ้าน	1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของแม่ 2) ให้แม่ตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลสุขภาพกายของแม่ 3) สำรวจอารมณ์ ครั้งที่ 2
3	2 สัปดาห์ หลังการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2	อสม.เยี่ยมบ้าน	1) ติดตามการบ้านเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตัวแม่เอง ตามเป้าหมายที่ทำได้จากครั้งที่แล้ว 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างแม่กับลูก 3) ให้แม่ตั้งเป้าหมายและวางแผนสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับลูก 4) สำรวจอารมณ์ ครั้งที่ 3
4	2 สัปดาห์ หลังการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3	อสม.เยี่ยมบ้าน	1) ติดตามการบ้านเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์ภาพกับลูกตามเป้าหมาย ที่ได้ทำได้จากครั้งที่แล้ว 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างแม่กับคนรอบข้าง 3) ให้แม่ตั้งเป้าหมายและวางแผนสร้างสัมพันธ์ภาพกับคนรอบข้าง 4) สำรวจอารมณ์ ครั้งที่ 4



ครั้งที่	ช่วงเวลา	รูปแบบ	กิจกรรม
5	2 สัปดาห์ หลังการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 4	อสม.เยี่ยมบ้าน	1) ติดตามการบ้านเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพกับคนรอบข้างตามเป้าหมายที่ทำไว้จากครั้งที่แล้ว 2) สรุปผลการดูแลสุขภาพของตนเอง การสร้างสัมพันธภาพกับลูก และการสร้างสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง 3) สำรวจอารมณ์ ครั้งที่ 5 4) สรุปคะแนนอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม 5) ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (EPDS) ครั้งที่ 2

ภาพที่ 1 แผนผังแสดงขั้นตอนการเยี่ยมบ้านตามโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด



การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

การประเมินสุขภาพจิตแม่หลังคลอด

กิจกรรมที่ทำ

- 1) สัมภาษณ์/สอบถามข้อมูลทั่วไปของแม่
- 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิตของแม่หลังคลอด
- 3) แนะนำโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
- 4) หาเพื่อนร่วมทีมเพื่อดูแลสุขภาพแม่
- 5) สัมภาษณ์/สอบถามครั้งที่ 1

อุปกรณ์ที่ต้องเตรียม

- 1) คู่มือเยี่ยมแม่หลังคลอดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- 2) ไม้บรรทัดวัดอารมณ์

ระยะเวลาที่ใช้ 45-60 นาที



กิจกรรมที่ 1

สัมภาษณ์/สอบถามข้อมูลทั่วไปของแม่

วิธีการ

- 1) อสม. สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของแม่ตามข้อคำถามในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป หน้า 4
- 2) กรอคะแนนจากการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดครั้งที่ 1 ใน ☐ มุมขวบน ในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป หน้า 4



แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คะแนนจากแบบประเมิน
ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ครั้งที่ 1
.....คะแนน
วันที่ประเมิน/...../.....

ชื่อ - นามสกุลแม่ :

ชื่อ - นามสกุลลูก :

วัน/ เดือน/ ปีเกิดลูก :/...../.....

วันที่สัมภาษณ์ :/...../..... อายุปัจจุบันลูกปี..... เดือน

คำชี้แจง ให้แม่ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุด

1. อายุ ปี

2. ท่านมีบุตรทั้งหมด คน บุตรคนนี้เป็นบุตรคนที่

บุตรคนที่ 1 เพศ อายุ บุตรคนที่ 2 เพศ อายุ

บุตรคนที่ 3 เพศ อายุ บุตรคนที่ 4 เพศ อายุ

บุตรคนที่ 5 เพศ อายุ (สามารถใส่เพิ่มเติมได้ตามจำนวนบุตรจริง)

3. สถานภาพ ☐ สมรส ☐ ไม่สมรส

☐ หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ☐ หม้าย

4. ข้อมูลแม่

4.1 ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ ปวช.

☐ ปวส.

☐ปริญญาตรี

☐ สูงกว่าปริญญาตรี

4.2 อาชีพ

☐ว่างงาน

☐รับราชการ

☐รับจ้างทั่วไป

☐พนักงานเอกชน

☐พนักงานราชการ

☐พนักงานรัฐวิสาหกิจ

☐ธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย/บริการ)

☐อื่น ๆ (โปรดระบุ)

4.3 รายได้ต่อเดือน (บาท)

☐ต่ำกว่า 9,000

☐9,000 - 15,000

☐15,001 - 20,000

☐มากกว่า 20,000

5. ข้อมูลพ่อ

5.1 ระดับการศึกษา

☐ไม่ได้เรียนหนังสือ

☐ประถมศึกษา

☐มัธยมศึกษาตอนต้น

☐มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ปวช.

☐ปวส.

☐ปริญญาตรี

☐สูงกว่าปริญญาตรี



5.2 อาชีพ

- | | |
|--|--|
| ☐ ว่างาน | ☐ รับราชการ |
| ☐ รับจ้างทั่วไป | ☐ พนักงานเอกชน |
| ☐ พนักงานราชการ | ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ |
| ☐ ธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย/บริการ) | ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ) |

5.3 รายได้ต่อเดือน (บาท)

- | | |
|---|--|
| ☐ ต่ำกว่า 9,000 | ☐ 9,000 - 15,000 |
| ☐ 15,001 - 20,000 | ☐ มากกว่า 20,000 |
| ☐ ท่านเลี้ยงเองคนเดียว | ☐ มีคนช่วยเลี้ยงระบุ..... |

6. การเลี้ยงดูบุตรคนนี้

7. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- ☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ.....

8. ท่านเคยปรึกษาแพทย์เรื่องอาการภาวะเครียด วิตกกังวล อารมณ์แปรปรวนง่าย หรือหิวแหว่งภาพหลอนหรือไม่

- ☐ ไม่เคย ☐ เคย ปัจจุบันท่านรับยาอยู่หรือไม่
☐ ไม่ได้รับยา ☐ ได้รับยา

9. ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยถูกทำร้ายทางร่างกายหรือไม่

- ☐ ไม่เคย ☐ เคย

10. ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยถูกทำร้ายทางจิตใจหรือไม่ เช่น ด่าทอให้เจ็บช้ำน้ำใจ

- ☐ ไม่เคย ☐ เคย

11. การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกใช่หรือไม่

- ☐ ไม่ใช่ (โปรดตอบข้อ 12-15) ☐ ใช่ (โปรดตอบข้อ 14-15)

12. ท่านเคยมีอาการเบื่อหน่าย ซึมเศร้า วิตกกังวลอย่างมากช่วงหลังคลอด ในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ผ่านมาหรือไม่

- ☐ ไม่เคย ☐ เคย

13. ท่านเคยแท้งบุตรระหว่างการตั้งครรภ์หรือไม่

- ☐ ไม่เคย ☐ เคย

14. ท่านเคยดื่มสุรา/สูบบุหรี่หรือใช้สารเสพติดหรือไม่

- ☐ ไม่เคย ☐ เคย

(ปัจจุบันยังใช้อยู่หรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ โปรดระบุชนิด.....)

15. สามีของท่านเคยดื่มสุรา/สูบบุหรี่หรือใช้สารเสพติดหรือไม่

- ☐ ไม่เคย ☐ เคย

(ปัจจุบันยังใช้อยู่หรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ โปรดระบุชนิด.....)





กิจกรรมที่ 2

ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของสุขภาพกาย สุขภาพจิต แม่หลังคลอด

วิธีการ

- 1) อสม. ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของสุขภาพกาย สุขภาพจิตแม่หลังคลอด โดยให้ความรู้แม่ตามหัวข้อ เนื้อหาประกอบการพูดคุยกับแม่ “ความสำคัญของสุขภาพกาย สุขภาพจิตแม่หลังคลอด”
- 2) อสม. ให้ความรู้แม่ถึงผลกระทบต่อกันถ้าแม่มีภาวะซึมเศร้าตามหัวข้อ เนื้อหาการให้ความรู้แม่ “ผลของภาวะซึมเศร้าของแม่ต่อพัฒนาการของลูก”

เนื้อหาประกอบการพูดคุยกับแม่ “ความสำคัญของสุขภาพกาย สุขภาพจิตแม่หลังคลอด”

พ่อแม่ทุกคนล้วนปรารถนาให้ลูกมีสุขภาพแข็งแรง มีอารมณ์ที่แจ่มใสเบิกบาน มีพัฒนาการสมวัย พร้อมจะเติบโตขึ้นในสังคม และประสบความสำเร็จในชีวิต เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ดังกล่าว ลูกจำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ โดยในช่วงขวบปีแรกเป็นช่วงเวลาสำคัญของการพัฒนาทักษะพื้นฐานต่างๆ แม่มีบทบาทหลักในการสร้างพื้นฐานที่ดีให้ลูกได้ เริ่มต้นจากการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ และช่วงหลังคลอด

ในช่วงหลังคลอด เป็นช่วงที่แม่ต้องปรับตัวหลายอย่างเพื่อดูแลลูกน้อย ไม่ว่าจะเป็นการให้นม การดูแลอย่างใกล้ชิดทุกด้าน เพราะลูกยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ สิ่งเหล่านี้อาจทำให้แม่เหน็ดเหนื่อยและละเลยที่จะดูแลสุขภาพของตัวเอง บางคนอาจมีความเครียดที่ไม่สามารถดูแลลูกได้อย่างที่คาดหวังแม้ว่าพยายามอย่างเต็มความสามารถแล้ว ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้นอกจากจะส่งผลกระทบต่อแม่แล้ว ยังส่งผลต่อสุขภาพและพัฒนาการของลูกอีกด้วย



ภาพที่ 2 ปัจจัยที่ทำให้แม่มีสุขภาพจิตดี



จากภาพที่ 2 ปัจจัยที่ทำให้แม่มีสุขภาพจิตดี ประกอบด้วย

1. การมีสุขภาพกายที่ดี แม่ควรรับประทานอาหารที่เหมาะสม พักผ่อนอย่างเพียงพอ บ่อยครั้งที่แม่ใช้เวลาทั้งหมด ในการดูแลลูกจนละเลยสุขภาพของตัวเอง ซึ่งอาจทำให้ตัวเองเจ็บป่วยได้ ส่งผลให้ไม่สามารถดูแลลูกได้อย่างเต็มที่ในอนาคต

2. การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแม่กับลูก ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแม่กับลูกเกิดขึ้นได้จากการที่ลูกได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแม่ แม่สามารถตอบสนองความต้องการของลูกได้ เช่น การกอดและปลอบอย่างอ่อนโยน เมื่อลูกกลัว การมองหน้าสบตา ยิ้ม ส่งเสียงคุยอย่างมีความสุขระหว่างให้นมลูก การที่แม่สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างดูแลลูก นอกจากจะส่งผลดีต่ออารมณ์ของลูกแล้ว ยังช่วยให้แม่บรรเทาความเหน็ดเหนื่อยและมีความสุขมากขึ้นเมื่อได้เห็นรอยยิ้มของลูก การที่แม่รู้ว่าตนเองเป็นคนที่สามารถทำให้ลูกกินอิ่มนอนหลับและมีความสุขได้ ย่อมทำให้แม่รู้สึกว่าคุณเองเป็นแม่ที่พึ่งพาของลูกได้ และช่วยเพิ่มคุณค่าในตัวเองของแม่ด้วย

3. การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแม่และคนในครอบครัว สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามี หรือปู่ ย่า ตา ยาย มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลลูก และเป็นผู้สนับสนุนให้แม่มีกำลังใจในการดูแลลูก ครอบครัวควรช่วยเหลือให้แม่สามารถปรับตัวในการดูแลลูก และแม่ควรใช้เวลากับสมาชิกในครอบครัวบ้าง แม่ที่มีความเครียดมักจะแยกตัว ทำให้ความสัมพันธ์ห่างเหินกับครอบครัว ไม่ได้รับการช่วยเหลือและเพิ่มความเสี่ยงต่อความเครียดและปัญหาสุขภาพของทั้งแม่และลูก

เนื้อหาการให้ความรู้แม่ “พลของภาวะซึมเศร้าของแม่ต่อพัฒนาการของลูก”

มีการศึกษาพบว่าความเครียดของแม่มีผลกระทบต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพและพัฒนาการของลูกหลายด้าน อาทิ

- กระบวนการสร้างสัมพันธ์ภาพและความผูกพันระหว่างแม่กับลูก ทำให้ลูกมีความรู้สึกไม่มั่นคงต่อแม่ ซึ่งจะเป็นความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กต่อไป
- เสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม เช่น อารมณ์ซึมเศร้า อยู่ไม่นิ่ง ก้าวร้าว อารมณ์รุนแรง
- เสี่ยงต่อการมีระดับสติปัญญาที่ต่ำกว่าเกณฑ์
- เสี่ยงต่อปัญหาการเรียนและการเข้าสังคม

ฉะนั้นการสร้างสุขภาพที่ดีของแม่และลูก เริ่มต้นจากสุขภาพที่ดีของแม่ โดยคำว่า ‘สุขภาพ’ มีความหมายครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต หากแม่มีสุขภาพที่แข็งแรง อารมณ์ที่แจ่มใส มีครอบครัวคอยสนับสนุนและเป็นที่กำลังใจ ย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพและพัฒนาการของลูก





กิจกรรมที่ 3

แนะนำโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

วิธีการ

อสม.แนะนำโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ตามประเด็นดังต่อไปนี้

- 1) แม่ได้รับการเยี่ยมบ้านเนื่องจากแม่มีความเครียดที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
- 2) แม่จะได้รับการดูแลจาก อสม. โดยการมาเยี่ยมบ้านทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง
- 3) อสม.จะมาพูดคุย ให้คำแนะนำในการเลี้ยงลูก การดูแลสุขภาพของแม่หลังคลอด ดูแลด้านสภาพจิตใจ ในช่วงที่แม่อยู่ในช่วงของการปรับตัว รับฟังปัญหา รวมถึงให้คำปรึกษาอย่างง่ายๆ
- 4) เรื่องทั้งหมดที่แม่พูดคุยกับอสม.จะเป็นความลับ อสม.จะไม่นำไปเปิดเผยกับผู้อื่น ถ้าเรื่องนั้นมีความจำเป็น ต้องเปิดเผย อสม.จะแจ้งขออนุญาตแม่ก่อน



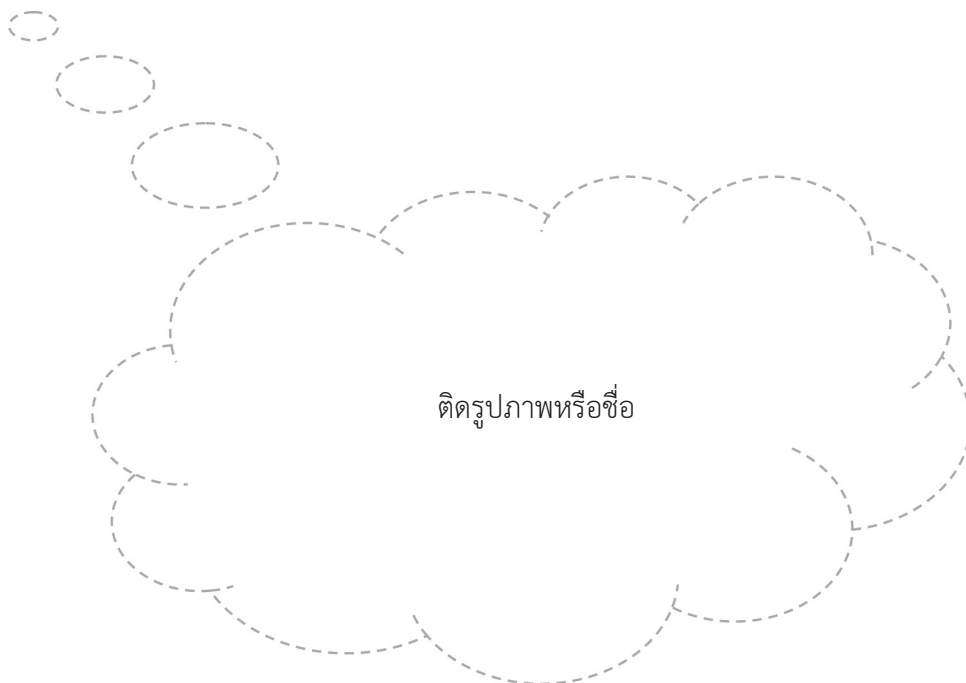
กิจกรรมที่ 4

หาเพื่อนร่วมทีมเพื่อดูแลสุขภาพแม่

วิธีการ

- 1) อสม.แนะนำให้แม่หาเพื่อนร่วมทีมที่สามารถช่วยเหลือและสนับสนุนแม่ในการดูแลสุขภาพตัวเองได้ดีขึ้น เช่น ช่วยกระตุ้นให้แม่ทำการบ้านและดูแลลูกในช่วงเวลาที่แม่พูดคุยกับอสม. เมื่ออสม.มาเยี่ยมบ้าน เบื้องต้น เพื่อนร่วมทีมอาจจะเป็นสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนบ้านก็ได้
- 2) ให้แม่เขียนชื่อหรือรูปภาพของเพื่อนร่วมทีม ลงในคู่มือด้านล่าง

คนคนนี้ คือเพื่อนร่วมทีมของฉัน





กิจกรรมที่ 5

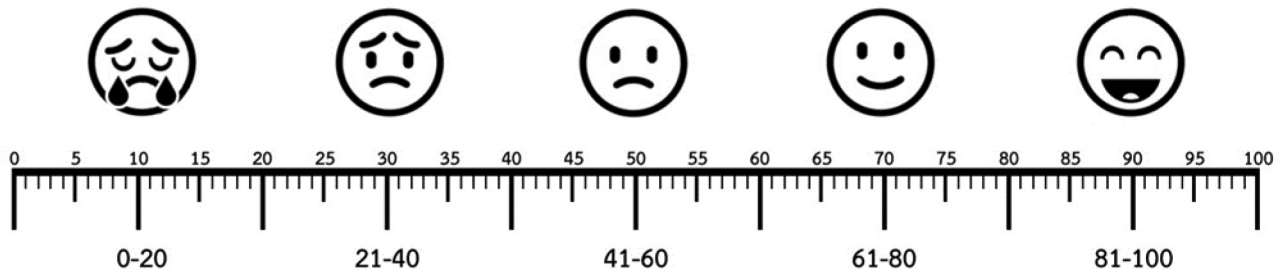
สำรวจอารมณ์ ครั้งที่ 1

วิธีการ

- 1) อสม.ให้แม่สำรวจอารมณ์ช่วง 2 สัปดาห์หลังคลอด ที่ผ่านมาในสถานการณ์ของการเป็นแม่ที่ต้องดูแลลูก การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหลังคลอด โดยใช้อุปกรณ์ไม้บรรทัดวัดอารมณ์

ตัวอย่างคำถามที่ใช้สำรวจอารมณ์

- “การเลี้ยงดูลูกคนแรกของคุณแม่ เหนื่อยไหมคะ ดูคุณแม่ค่อนข้างกังวลกับการดูแลลูก คุณแม่ลองเทียบอารมณ์ของคุณแม่ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้เป็นอย่างไรบ้างคะ ได้กี่คะแนน”
- “ความรู้สึกของคุณแม่กับการเริ่มต้นบทบาทแม่อีกครั้ง เป็นอย่างไร ลองวัดอารมณ์ ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาโดยไม้บรรทัดวัดอารมณ์สิคะ”
- “ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาอารมณ์ใจของคุณแม่เป็นยังไงบ้าง ถ้าเครียด เครียดขนาดไหน ถ้าให้คะแนน ความเครียดของตัวเองจะให้คะแนนเท่าไร จากไม้บรรทัดนี้ ถ้า 0 คะแนน คือเครียดมากที่สุด 100 คะแนน คืออารมณ์ดีมาก ๆ สดชื่นปลอดโปร่งอย่างที่สุด 50 คะแนนคือเฉยๆ ปานกลาง แม่จะให้คะแนนอารมณ์ของตัวเองซักเท่าไร”



- 2) นำคะแนนที่ได้จากการสำรวจอารมณ์ ข้อ 1) เติมในตารางที่ 2 ตารางสำรวจอารมณ์ครั้งที่ 1 หน้า 10 ในช่อง “คะแนนที่ได้”
- 3) อสม. ให้แม่สำรวจสถานการณ์ที่มีผลต่ออารมณ์ และบันทึกในตารางที่ 2 ในช่อง “สถานการณ์ที่ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง”

ตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการสำรวจสถานการณ์

- “คะแนนอารมณ์ของคุณแม่อยู่ที่ 25 คะแนน ตรงกับรูปนี้ ดูคุณแม่วิตกกังวล เครียด ไม่ค่อยสดชื่นเลย มีเหตุการณ์อะไรที่ทำให้คุณแม่รู้สึกแบบนี้ พอเล่าให้ฟังได้ไหมคะ”
 - “คะแนนอารมณ์ของคุณแม่อยู่ที่ 50 คะแนน ตรงกับรูปนี้ รู้สึกเฉยๆ คุณแม่พอปรับตัวได้ ไม่ได้เครียดมาก แต่ยังคงมีกังวลเล็กน้อย อยู่บ้าง ตอนนี้คุณแม่กังวลเรื่องอะไรอยู่ไหมคะ การดำเนินชีวิตในแต่ละวันแตกต่างจากเดิมมากไหม พอเล่าให้ฟังได้ไหมคะ”
- 4) ถ้าคะแนนอารมณ์น้อยกว่า 40 ให้อสม.ร่วมพูดคุยกับแม่ถึงสาเหตุ ผลกระทบต่ออารมณ์ และให้กำลังใจแม่อย่างง่ายๆ



ตารางที่ 2 : ตารางสำรวจอารมณ์ ครั้งที่ 1

ตารางสำรวจอารมณ์

อารมณ์/ช่วงคะแนน	คะแนนที่ได้	สถานการณ์ที่ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง
 รู้สึกแย่ 21-40	ตัวอย่าง 30	“เหนื่อยมาก ไม่มีคนช่วยเลย ต้องทำทุกอย่างทั้งดูแลลูกและดูแลบ้านสามีก็ไม่ช่วยอะไรเลย ลูกก็ร้องไห้แงบ่่อยๆ จนไม่ได้พักผ่อน ผ่าก็ไม่ได้ซัก งานก็ไม่ได้ล้าง”
 รู้สึกแย่มาก 0-20		
 รู้สึกแย่ 21-40		
 รู้สึกเฉยๆ ไม่ดีแต่ก็ไม่แย่มาก 41-60		
 รู้สึกดี 61-80		
 รู้สึกดีมาก 81-100		



การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

การดูแลสุขภาพแม่

กิจกรรมที่ 1

- 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของแม่
- 2) ให้แม่ตั้งเป้าหมายและวางแผนแผนการดูแลสุขภาพกายของแม่
- 3) สัมภาษณ์ ครึ่งที่ 2

อุปกรณ์ที่ต้องเตรียม

- 1) คู่มือเยี่ยมแม่หลังคลอดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- 2) ไม่บรรทัดวัดอารมณ์

ระยะเวลาที่ใช้ 45 - 60 นาที



กิจกรรมที่ 1

ให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของแม่

วิธีการ

- 1) อสม. ให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของแม่ โดยให้ความรู้หัวข้อ **เนื้อหาการให้ความรู้แม่ “การดูแลสุขภาพกาย”**
- 2) ในหัวข้อที่ 4 การออกกำลังกาย ให้ อสม. แนะนำท่าออกกำลังกายที่เหมาะสมกับแม่หลังคลอด โดย อสม. สาธิต ท่าออกกำลังกายง่ายๆ 1-2 ท่า และชักชวนแม่ทดลองทำไปพร้อมๆ กัน

เนื้อหาการให้ความรู้แม่ “การดูแลสุขภาพกาย”

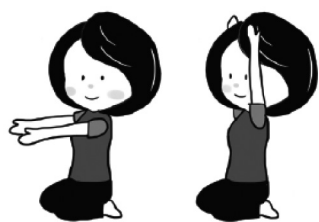
การที่แม่มีสุขภาพกายที่ดี จะช่วยให้แม่สามารถดูแลลูกได้ดี มีน้ำนมเพียงพอในการเลี้ยงลูกสามารถปฏิบัติงานหรือทำกิจกรรมได้คล่องแคล่ว และทำให้แม่มีอารมณ์ที่ดี ทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ การรักษาร่างกายให้มีความสมบูรณ์แข็งแรง สามารถทำได้ ดังนี้

1. **อาหาร** เป็นสิ่งสำคัญที่ควรเอาใจใส่ โดยเฉพาะแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้คำนึงถึงปริมาณและคุณค่าที่ต้องได้รับอย่างพอเพียงในแต่ละวัน ลักษณะอาหารที่เหมาะสมสำหรับแม่หลังคลอด ดังนี้
 - รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในแต่ละมื้อ
 - ดื่มน้ำเปล่าบ่อยๆ ประมาณ 6-8 แก้วต่อวัน อย่าปล่อยให้ร่างกายขาดน้ำจนรู้สึกกระหาย
 - ควรดื่มน้ำก่อนการให้นมลูกทุกครั้ง
 - หากต้องการดื่มน้ำหวาน ควรเลือกดื่มน้ำผลไม้แทน หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น ยาโดงเหล้า เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลังต่างๆ

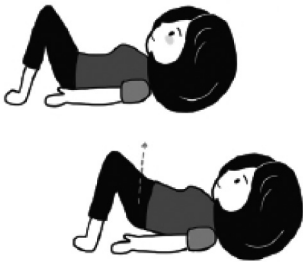
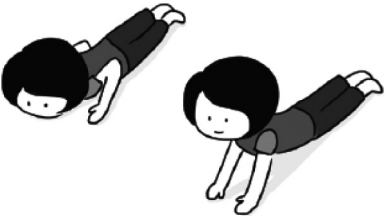


- หากเป็นกังวลเรื่องน้ำหนักตัว ควรงดอาหารหวาน และอาหารที่มีไขมัน ไม่ควรใช้วิธีอดอาหาร และการรับประทานยาหรือเครื่องดื่มน้ำมันพรตอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ เพราะสมุนไพรบางชนิด เช่น โพล มีฤทธิ์ทำให้มดลูกคลายตัว อาจมีผลทำให้ตกเลือดได้
- 2. **การพักผ่อน** แม่ควรได้รับการพักผ่อนและนอนหลับรวมกันอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง แบ่งเป็นช่วงเวลากลางวันหลับประมาณ 1 ชั่วโมง และควรระวังอย่าหลับในขณะที่ให้นมลูก เพราะเต้านมอาจปิดจุกของลูกจนหายใจไม่ออก
- 3. **การทำงาน** ช่วงแม่หลังคลอดสัปดาห์แรกไม่ควรยกของหนักหรือทำงานหักโหม เพราะจะทำให้มดลูกหย่อน เลือกทำงานบ้านที่เบาๆ เช่น กวาดบ้าน ซักผ้าได้บ้าง เป็นการเปลี่ยนอิริยาบถ และออกกำลังกายไปในตัว การทำงานตามปกติ ควรทำภายหลัง 4-6 สัปดาห์ และได้รับการตรวจร่างกายหลังคลอดแล้ว
- 4. **การออกกำลังกาย** ทำให้แม่ได้รู้สึกผ่อนคลาย ระบบไหลเวียนของเลือดทำงานได้ดี การเคลื่อนไหว คล่องแคล่ว ลดความเครียดและช่วยให้นอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น ซึ่งทำออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับแม่หลังคลอด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 : ตารางทำออกกำลังกาย

ทำออกกำลังกาย	
ท่าที่ 1 ฝึกการหายใจ และบริหารปอด 	วิธีการบริหาร นอนหงายราบชันเข่า นำมือ 2 ข้างวางบนหน้าท้อง สูดหายใจเข้าลึกๆ ทางจมูก ให้น้ำท้องโป่งออก จากนั้นค่อยๆ หายใจออกทางปากจนหน้าท้องแฟบ ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง
ท่าที่ 2 บริหารไหล่ และแขน 	วิธีการบริหาร นั่งคุกเข่าและวางก้นบนเท้าทั้ง 2 ข้าง เข่าชิดกัน หลังตรง ประสานมือทั้ง 2 ข้าง ด้านหน้าและคว่ำมือและค่อยๆ พลิกมือพร้อมกับยกขึ้นเหนือศีรษะ หายใจเข้าและกลั้นไว้ นับแล้วค่อยๆ ลดมือลง
ท่าที่ 3 บริหารคอและกล้ามเนื้อบริเวณ ศีรษะเพื่อลดความเครียด 	วิธีการบริหาร 1. หมุนศีรษะจากขวามาซ้ายพร้อมหายใจเข้าออกช้าๆ ทำ 10 ครั้ง 2. ตั้งศีรษะตรงพร้อมกับหายใจเข้า แล้วก้มศีรษะเล็กน้อยพร้อมกับหายใจออกทำ 10 ครั้ง 3. เอียงศีรษะไปทางขวา พร้อมกับหายใจเข้าแล้วเอียงศีรษะไปข้างซ้ายสุดพร้อมกับหายใจออกทำ 10 ครั้ง



ท่าออกกำลังกาย	
ท่าที่ 4 ท่าบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง 	วิธีการบริหาร นอนหงายชันเข่า 2 ข้าง กดหลังให้แนบชิดกับพื้น ขมิบก้นพร้อมกับยกก้นให้ลอยพ้นพื้น เกร็งค้างไว้ นับ 1-10 จึงปล่อยก้นลง ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง
ท่าที่ 5 การบริหารกล้ามเนื้อท้องและข้อเท้า 	วิธีการบริหาร นอนหงายราบ ขาเหยียดตรงทั้ง 2 ข้าง กระดกปลายเท้าทั้ง 2 ข้างขึ้น พร้อมกับเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาไว้ นับ 1-10 แล้วกดปลายเท้าลง นับ 1-10 ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง
ท่าที่ 6 บริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและอุ้งเชิงกราน 	วิธีการบริหาร นอนหงายชันเข่า 2 ข้าง สูดหายใจเข้าลึกๆ แอมวท้องขมิบก้น และเหยียดขา 2 ข้างออกไปจากลำตัว พร้อมกับหายใจออก นับ 1-5 แล้วดึงขากลับมาเข้าหาลำตัวพร้อมกับการคลายการเกร็งกล้ามเนื้อ และหายใจเข้า ทำเช่นนี้ซ้ำๆ กัน 10-12 ครั้ง
ท่าที่ 7 การบริหารกล้ามเนื้อหน้าอก  	วิธีการบริหาร ท่าที่ 7.1 วิธีการบริหาร นั่งขัดสมาธิกับพื้นหลังตั้งตรง ยกมือ 2 ข้าง พนมมือเข้าหากันโดยไม่ชิดหน้าอก เกร็งกล้ามเนื้อบริเวณหน้าอกต้นแขน และต้นฝ่ามือทั้ง 2 ข้าง ให้แน่นที่สุดค้างไว้ นับ 1-10 ทำซ้ำ 10 ครั้ง ท่าที่ 7.2 วิธีการบริหาร วิดพื้น แบบเข้าแตะพื้น นอนคว่ำ แล้วใช้มือ 2 ข้างยันลำตัวให้ส่วนบนลอยสูงพ้นพื้น เกร็งกล้ามเนื้อหน้าอกและต้นแขนค้างไว้ นับ 1-10 แล้วปล่อยตัวลงทำซ้ำ 10 ครั้ง ทำนี้จะให้กล้ามเนื้อหน้าท้องและหลังแข็งแรงขึ้น





กิจกรรมที่ 2

ให้แม่ตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลสุขภาพกายของแม่

วิธีการ

อสม.แนะนำและช่วยให้แม่ตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลสุขภาพกายของแม่และบันทึกลงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 : เป้าหมายและแผนการดูแลสุขภาพกายของแม่

ประเด็นสำคัญ	เป้าหมาย	สิ่งที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย
ตัวอย่าง	ลดน้ำหนัก 2 กิโลกรัม	ออกกำลังกายวันละ 30 นาที
การดูแลสุขภาพกายของแม่	1)	1)
	2)	2)
	3)	3)



กิจกรรมที่ 3

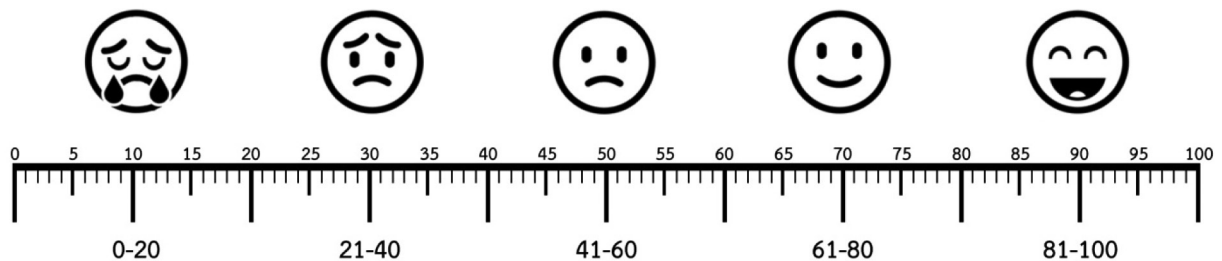
สำรวจอารมณ์ ครั้งที่ 2

วิธีการ

- 1) อสม.ให้แม่สำรวจอารมณ์ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาในสถานการณ์ของการเป็นแม่ที่ต้องดูแลลูก การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหลังคลอด โดยใช้อุปกรณ์ไม้บรรทัดวัดอารมณ์

ตัวอย่างคำถามที่ใช้สำรวจอารมณ์

- “คุณแม่พอปรับตัวกับการดูแลลูกได้หรือยังคะ วันนี้ลองวัดอารมณ์ของคุณแม่ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา กันค่ะ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง”
- “ปริมาณความเหนื่อยในการดูแลลูกเป็นอย่างไรบ้างคะ คุณแม่ช่วยให้คะแนนอารมณ์ของคุณแม่จากไม้บรรทัดวัดอารมณ์หน่อยนะคะ”



- 2) นำคะแนนที่ได้จากการสำรวจอารมณ์ข้อ 1) เติมนิเวศารางที่ 5 ตารางสำรวจอารมณ์ครั้งที่ 2 หน้า 16 ในช่อง “คะแนนที่ได้”
- 3) อสม. พูดคุยกับแม่ถึงผลคะแนนที่แม่ที่แม่วัดได้และให้แม่สำรวจสถานการณ์ที่มีผลต่ออารมณ์นั้น พร้อมทั้งบันทึกในตารางที่ 5 ในช่อง “สถานการณ์ที่ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง”

ตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการสำรวจสถานการณ์

- “คะแนนอารมณ์ของคุณแม่ได้ 35 คะแนน เป็นรูปนี้ คุณแม่มักรู้สึกแย่มากกับเรื่องราวที่ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต ต้องรับมือกับหลายๆ เหตุการณ์ คุณแม่ช่วยเล่าให้ฟังได้ไหมคะว่ามีเหตุการณ์อะไรที่ทำให้รู้สึกแย่”
 - “คะแนนอารมณ์ของคุณแม่ได้ 20 คะแนน เป็นรูปนี้ เป็นรูปที่เศร้ามาก คุณแม่มักรู้สึกแย่มากๆ กับการเปลี่ยนแปลงบทบาทครั้งสำคัญของชีวิต มีอะไรที่คุณแม่อยากจะเล่า/ระบายให้ฟังไหมคะ เพื่อจะช่วยให้คุณแม่คลายกังวลลง หรือรู้สึกดีขึ้น”
- 4) อสม.แนะนำให้แม่ลองหามุมมองบวกในสถานการณ์ดังกล่าว จากนั้นบันทึกลงในตารางที่ 5 หน้า 16 ในช่อง “มองมุมบวกในสถานการณ์นี้”

ตัวอย่างคำถามในการให้แม่ลองหามุมมองบวกหรือแนวทางแก้ไขปัญหาในสถานการณ์นั้นๆ

สถานการณ์ : แม่กังวลที่มีน้ำหนักน้อย

- “คุณแม่กังวลเกี่ยวกับน้ำหนักน้อย ทำให้ลูกดูดนมได้ไม่เต็มที่ จนทำให้รู้สึกแย่ การที่มีน้ำหนักน้อย อาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ดื่มน้ำน้อย พักผ่อนไม่เพียงพอ กระบวนการสร้างน้ำนมในร่างกาย ไม่สมดุลกับความต้องการของลูก แต่สิ่งสำคัญของความรู้สึกของแม่ที่รู้ว่าน้ำหนักที่ผลิตไม่เพียงพอ กับลูกที่มีความต้องการมาก แล้วคุณแม่พยายามที่จะให้เขาได้รับนมและสารอาหารอย่างเต็มที่ ชงนมเสริมให้ลูกบ้าง เพื่อให้ลูกอิ่มและหลับสบาย นั่นเป็นการแสดงออกของแม่ที่ห่วงใยและใส่ใจ ลูกที่ดีที่สุดแล้ว”

สถานการณ์ : แม่เหนื่อยกับลูกและงานบ้าน จนไม่มีเวลาพักผ่อนเลย

- “คุณแม่คงเหนื่อยกับความวุ่นวายแต่ละวัน ทั้งลูกที่ยังเล็ก ต้องพังกาแม่ตลอดเวลา อีกทั้งการจัดการ งานบ้านและกิจวัตรประจำวัน สามิม่ได้ช่วยเหลืองานบ้านเลย คุณแม่อาจจะต้องปล่อยวาง เพื่อให้ได้ผ่อนคลายลงบ้าง ปล่อยบ้านให้รก ปล่อยตะกร้าให้มีผ้าเต็ม ปล่อยอ่างล้างจานให้มีจานกองบ้าง แบ่งเวลาช่วงที่ลูกหลับให้แม่ได้งีบ เมื่อคุณแม่ได้พักผ่อนจะได้มีแรงในการสู้ต่อไป ช่วงกลางคืนที่สามิ กลับมาให้เขาได้สัมผัสกับความรู้สึกพ่อที่ได้อยู่ดูแลลูกตอนหลับบ้าง กล่อมลูกนอน แล้วแม่ค่อยแบ่งเวลา มาทำงานบ้าน นั่นเป็นโอกาสเชื่อมสัมพันธ์ภาพพ่อกับลูกได้ด้วย”



ตารางที่ 5 : ตารางสำรวจอารมณ์ ครั้งที่ 2

ตารางสำรวจอารมณ์			
อารมณ์/ช่วงคะแนน	คะแนนที่ได้	สถานการณ์ที่ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง	มุมมองบวกในสถานการณ์นี้
 รู้สึกแย่ 21-40	ตัวอย่าง 25	น้ำหนักไหล่น้อย ลูกร้องไห้มาก เพราะกินไม่อิ่ม เป็นความผิดฉันที่ไม่ดูแลสุขภาพ ไม่มีน้ำหนักให้ลูก ฉันเป็นแม่ที่ไม่ดี	ฉันจะปรึกษาพยาบาลหรือผู้มีประสบการณ์ท่านอื่นเพื่อให้แนะนำวิธีการเพิ่มน้ำหนัก
 รู้สึกแย่มาก 0-20			
 รู้สึกแย่ 21-40			
 รู้สึกเฉยๆ ไม่ดีแต่ก็ไม่แย่ 41-60			
 รู้สึกดี 61-80			
 รู้สึกดีมาก 81-100			



การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

การสร้างสัมพันธภาพแม่กับลูก

กิจกรรมที่ 1

- 1) ติดตามการบ้านเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตัวแม่เองตามเป้าหมายที่ทำได้จากครั้งที่แล้ว
- 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพระหว่างแม่กับลูก
- 3) ให้แม่ตั้งเป้าหมายและการวางแผนสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับลูก
- 4) สรุปรายการแม่ ครั้งที่ 3

อุปกรณ์ที่ต้องเตรียม

- 1) คู่มือเยี่ยมแม่หลังคลอดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- 2) ไม้บรรทัดวัดอารมณ์

ระยะเวลาที่ใช้ 45 - 60 นาที



กิจกรรมที่ 1

ติดตามการบ้านเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตัวแม่เอง
ตามเป้าหมายที่ทำได้จากครั้งที่แล้ว

วิธีการ

อสม. สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการทำกิจกรรมของแม่ตามแผนที่วางไว้

- ให้คำชมเชย เมื่อแม่สามารถทำได้ตามแผน หรือมีแนวทางในการดำรงชีวิตประจำวันที่ดีขึ้นหรือมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี
- หากแม่ทำไม่ได้ ให้พูดคุยเกี่ยวกับข้อจำกัด หรือปัญหาที่มีผลให้ทำไม่ได้ตามแผนและให้กำลังใจแม่ให้พยายามต่อไป



กิจกรรมที่ 2

ให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพระหว่างแม่กับลูก

วิธีการ

อสม. ให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพระหว่างแม่กับลูก โดยให้ความรู้แม่ตามหัวข้อ เนื้อหาในการให้ความรู้แม่ “การสร้างสัมพันธภาพระหว่างแม่กับลูก”



เนื้อหาในการให้ความรู้แก่ “การสร้างสัมพันธภาพระหว่างแม่กับลูก”

พื้นฐานสำคัญที่สุดในการเลี้ยงดูเด็กนั้นอยู่ที่ความสัมพันธ์ที่ดีของครอบครัว ที่จะพัฒนามาจากความผูกพันระหว่างแม่กับลูก หากลูกมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคงย่อมนำไปสู่พัฒนาการที่ดีทั้งด้านอารมณ์ สังคม และความคิด พบว่าความผูกพันทางอารมณ์ของเด็กทารกมีผลต่อความเชื่อมั่นในตนเอง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ และสมรรถนะทางสังคมเมื่อเด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่

มีการศึกษาพบว่าความผูกพันทางอารมณ์ที่มั่นคงระหว่างผู้เลี้ยงดูกับเด็ก สัมพันธ์กับระดับสติปัญญาและความสามารถในการอยู่ในสังคมของเด็ก นอกจากนี้ความผูกพันทางอารมณ์ยังสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กอีกด้วย โดยพบว่าเด็กที่มีความผูกพันทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคงกับแม่ มักจะมีปัญหาการนอน ปัญหาการกิน มีพฤติกรรมก้าวร้าว

หลักการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับลูก

1. ความใกล้ชิดระหว่างแม่และลูก

ความใกล้ชิดระหว่างแม่และลูก เริ่มต้นจากการสัมผัสที่อ่อนโยน การกอด การมองหน้าสบตา หรือมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันผ่านกิจกรรมใดก็ได้ในชีวิตประจำวัน เช่น การให้นม การรับประทานอาหารร่วมกัน การทำกิจวัตรประจำวัน อาบน้ำแต่งตัว การเล่นนิทาน เป็นต้น และขอเน้นย้ำว่าในช่วง 6 เดือนแรกไม่ควรเปลี่ยนผู้เลี้ยงดูบ่อย หรือมีผู้เลี้ยงหลายคน ควรมีผู้เลี้ยงหลักเพียงคนเดียว

2. ความไวในการรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของลูก

มีความสำคัญอย่างมากในช่วงขวบปีแรก เนื่องจากเด็กยังสื่อสารความต้องการเป็นคำพูดไม่ได้ การที่แม่รับรู้ความต้องการได้เร็วก็จะส่งผลให้ตอบสนองได้เร็ว และส่งผลให้เด็กรู้สึกได้รับการดูแล รู้สึกปลอดภัย มั่นคงในจิตใจ

3. การตอบสนองต่อลูก

แม่ควรสังเกตพฤติกรรม ท่าทาง การแสดงออกของลูกว่าต้องการสื่อสารอะไร และพยายามแปลการแสดงออกนั้น โดยเฉพาะเด็กเล็กที่ยังพูดไม่ได้ อาศัยการสังเกตสีหน้า ท่าทาง จดจำท่าทางเหล่านั้นแล้วตอบสนองทันทีอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ การตอบสนองที่เหมาะสมมีความสำคัญมาก โดยมีหลักการกว้างๆ ดังนี้

เหมาะสมกับเด็กแต่ละคน	เด็กแต่ละคนมีนิสัยใจคอ ความชอบที่แตกต่างกัน
เหมาะสมกับพัฒนาการ	เด็กแต่ละวัยมีความต้องการให้แม่ตอบสนองแตกต่างกัน
เหมาะสมกับสถานการณ์	ให้อิสระในการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวันของลูก อาทิ ➢ เมื่อเด็กต้องการเล่น ไม่ห้ามหรือกั๊กเวลาเกินไป จนทำให้เด็กกลัว ➢ เมื่อเด็กกลัว แม่ตอบสนองด้วยความรัก การเอาใจใส่ ด้วยการโอบกอดลูกให้เกิดความมั่นใจ ➢ เมื่อเด็กหิว พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู ควรหาน้ำ หาอาหารให้ลูกรับประทาน ➢ เมื่อเด็กต้องการกำลังใจ แม่พยักหน้ายิ้ม ให้กำลังใจ ส่งเสียงเชียร์ ➢ เมื่อเด็กเหนื่อย ง่วง แม่อุ้ม ร้องเพลงกล่อมนอน
** ไม่ใช่อารมณ์ ไม่ใช่ความรุนแรงทั้งกายและวาจา ในการตอบสนองลูก **	

4. ความสม่ำเสมอในการรับรู้และตอบสนอง

การตอบสนองที่คงเส้นคงวาและเป็นไปในทางเดียวกันของผู้เลี้ยงดูทุกคนแต่ละคน จะทำให้เด็กมีจิตใจที่มั่นคง รู้สึกปลอดภัย มั่นใจในตัวเอง และพร้อมที่จะเติบโตในสังคม



กิจกรรมที่ช่วยสร้างสัมพันธภาพระหว่างแม่กับลูก

- การให้ลูกกินนมแม่ อย่างน้อย 6 เดือน
- การสัมผัส การกอด การอุ้ม เป็นการให้ความอบอุ่นทางใจ โดยเฉพาะเวลาลูกร้องไห้ การอุ้มเป็นการช่วยจัดการอารมณ์ของลูกได้ดี ทำให้ลูกรู้สึกปลอดภัย และสงบลงได้
- นวดลูกเบาๆ อย่างน้อยวันละครั้ง โดยทำไปพร้อมๆ กับทำเสียงที่อ่อนโยนหรือบอกรัก
- พูดคุยหรือร้องเพลง พูดคุยหรือร้องเพลงให้ลูกฟัง 3 หรือ 4 ครั้งต่อวัน เช่น หลังให้นม หรือฟังเสียงและสังเกตท่าทางที่ลูกทำแล้วเลียนแบบพฤติกรรมนั้น
- การสื่อสารด้วยภาษาท่าทาง ในลูกเล็กๆเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในขวบปีแรก เช่น การมอง การสบตา ลูก การแสดงสีหน้าต่างๆ เช่น หน้ายิ้ม หน้าหัวเราะ หน้าเศร้า หรือ การโบกมือบายบาย ส่งจูบ เป็นต้น
- เล่นกับลูก เลือกอุปกรณ์หรือของเล่นที่เหมาะสมกับอายุของลูก และเล่นกับลูกประมาณ 3 - 4 ครั้งต่อวัน หลังให้นม เช่น นำสิ่งของในบ้านที่มีสีสันสวยงามให้ลูกดู หรือสิ่งของที่มีเสียง ของเล่นผิวสัมผัสต่างๆ โดยถือสิ่งของนั้นให้เคลื่อนที่ไปมาต่อหน้าลูก ระยะที่ใกล้พอที่ลูกจะเอื้อมจับได้ พร้อมทำเสียงประกอบ
- พยายามสังเกตพฤติกรรม ท่าทาง การแสดงออกจากลูกว่า ต้องการสื่อสารอะไรกับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู และพยายามแปลการแสดงออกนั้นให้ได้ โดยเฉพาะลูกเล็ก ๆ ที่ยังพูดไม่ได้ ต้องอาศัยการสังเกตสีหน้า ท่าทาง จดจำท่าทางเหล่านั้น แล้วตอบสนองทันที อย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ
- ในช่วง 6 เดือนแรก ไม่ควรเปลี่ยนคนเลี้ยงบ่อย หรือมีคนเลี้ยงหลายคน ควรมีคนเลี้ยงหลักเพียงคนเดียว



กิจกรรมที่ 3

ให้แม่ตั้งเป้าหมายและการแผนการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับลูก

วิธีการ

อสม.แนะนำและช่วยให้แม่ตั้งเป้าหมายและแผนการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับลูก และบันทึกลงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 : เป้าหมายและการแผนการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับลูก

ประเด็นสำคัญ	เป้าหมาย	สิ่งที่จะทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
ตัวอย่าง	มีความสุขมากขึ้นขณะดูแลลูก	1. ให้ลูกรับประทานอาหารในบรรยากาศที่อบอุ่น พร้อมหน้ากัน 2. แสดงออกถึงความรักความผูกพันกับลูกด้วยการกอดหอม โอบอุ้ม 3. เล่นสนุกร่วมกัน
การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแม่กับลูก	1) 2) 3)	1) 2) 3)





กิจกรรมที่ 4

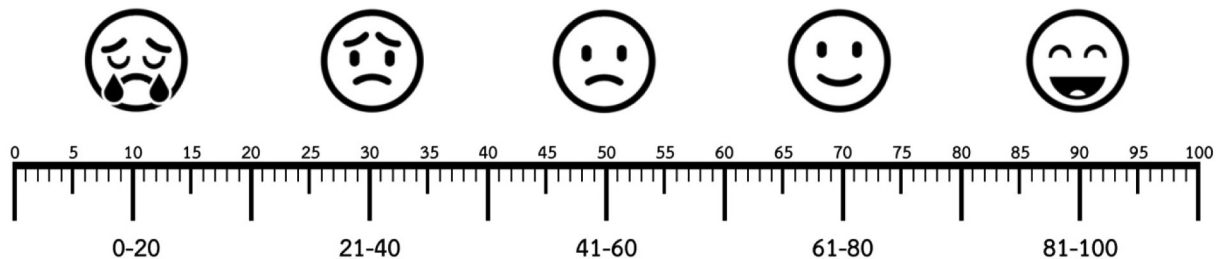
สำรวจอารมณ์ ครั้งที่ 3

วิธีการ

- 1) อสม.ให้แม่สำรวจอารมณ์ช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมาในสถานการณ์ของการเป็นแม่ที่ต้องดูแลลูก การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหลังคลอด โดยใช้อุปกรณ์ไม้บรรทัดวัดอารมณ์

ตัวอย่างคำถามที่ใช้สำรวจอารมณ์

- “ลูกเริ่มลืมตาและมองหน้าแม่หรือยังคะ คุณแม่มักมีความสุขมากแน่ๆ ที่ได้ดูแลลูก สังเกตจากสายตาที่คุณแม่มองลูก เราลองมาวัดอารมณ์ของคุณแม่ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมากันนะคะ ว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง”
- “คุณแม่ย้ายมาอยู่บ้านของตนเอง น่าจะทำให้คุณแม่อุ่นใจขึ้น แต่คุณแม่ยังมีสีหน้ากังวลอยู่เลย คุณแม่ให้คะแนนอารมณ์ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเท่าไรดีคะ”



- 2) นำคะแนนที่ได้จากการสำรวจอารมณ์ข้อ 1) เติมในตารางที่ 7 ตารางสำรวจอารมณ์ครั้งที่ 3 หน้า 22 ในช่อง “คะแนนที่ได้”
- 3) อสม. พูดคุยกับแม่ถึงผลคะแนนอารมณ์ที่แม่วัดได้และให้แม่สำรวจสถานการณ์ที่มีผลต่ออารมณ์นั้น พร้อมทั้งบันทึกในตารางที่ 7 ในช่อง “สถานการณ์ที่ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง”

ตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการสำรวจสถานการณ์

- “คะแนนอารมณ์ของคุณแม่อยู่ที่ 65 คะแนน เป็นรูปนี้ เป็นรูปยิ้ม บอกถึงความรู้สึกดีขึ้น ผ่อนคลายขึ้น เป็นทิศทางที่ดี มีสถานการณ์อะไรบ้างคะที่ทำให้คุณแม่รู้สึกดีแบบนี้”
 - “คะแนนอารมณ์ของคุณแม่อยู่ที่ 40 คะแนน เป็นรูปนี้ ดูไม่สดชื่น แต่โดยรวมเป็นไปในทางที่ดีเกือบเป็นรูปตรงกลางแล้ว คุณแม่อยู่ในช่วงของการปรับตัวเข้ากับคนรอบข้าง สถานการณ์อะไรที่ทำให้คุณแม่ไม่สดชื่นคะ พอเล่าให้ฟังได้ไหมคะ”
- 4) อสม.แนะนำให้แม่ลองหามุมมองบวกในสถานการณ์ดังกล่าว จากนั้นบันทึกลงในตารางที่ 7 หน้า 22 ในช่อง “มุมมองบวกในสถานการณ์นี้”



ตัวอย่างคำถามในการให้แม่ลองหามุมมองบวก หรือทางแก้ไขปัญหาในสถานการณ์นั้นๆ

สถานการณ์ : แม่เครียดที่ลูกร้องบ่อย ไม่รู้ลูกต้องการอะไร

- “คุณแม่อาจจะยังกังวลกับการร้องงอแงบ่อยครั้งของลูก ไม่รู้ว่าลูกต้องการอะไร บางครั้งต้องตรวจเช็คทุกอย่าง ทั้งเปียกชื้นให้เปลี่ยนผ้าอ้อม ไม่สบายตัวเพราะอากาศร้อน คั่นเพราะมดกัด หรือหิวนมแล้ว อาจจะทำให้คุณแม่เหนื่อยเมื่อลูกร้อง ถือว่าคุณแม่เป็นคนที่มีความรอบคอบใส่ใจรายละเอียดของลูก ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และความรู้สึก เมื่อได้เห็นลูกนอนยิ้มหลับสบาย มันก็ทำให้คุณแม่ยิ้มและอิ่มใจตามไปด้วย”

สถานการณ์ : แม่เครียดและรู้สึกกดดันที่ปู่ย่าตายายมีความเห็นไม่ตรงกันเรื่องการเลี้ยงลูก

- “คุณแม่คงเหนื่อยกับการปรับตัวอีกครั้ง แต่การกลับมาอยู่ที่บ้านของตนเอง ทำให้คุณแม่อุ่นใจมากขึ้น ดูแลลูกได้เต็มที่ คุณแม่ได้พักผ่อนมากขึ้น คุณแม่อาจจะรู้สึกอัดอัดที่แนวทางการเลี้ยงลูกไม่ตรงกัน ยากที่จะปฏิเสธแนวคิดดั้งเดิมของคนในครอบครัว อาจจะต้องเจอกันครึ่งทางแล้วหันหน้าพูดคุยกัน เพื่อหาแนวทางการเลี้ยงดูที่เหมาะสม”



ตารางที่ 7 : ตารางสำรวจอารมณ์ ครั้งที่ 3

ตารางสำรวจอารมณ์

อารมณ์/ช่วงคะแนน	คะแนนที่ได้	สถานการณ์ที่ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง	มุมมองบวกในสถานการณ์นี้
 รู้สึกแย่ 21-40	ตัวอย่าง 30	ต้องดูแลลูกอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เพราะลูกยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และติดแม่มาก ฉันไม่มีเวลาเป็นของตัวเองเลย รู้สึกเหนื่อยและหงุดหงิด	เป็นธรรมชาติของเด็กวัยนี้ที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ฉันสามารถขอให้คนในครอบครัวมาช่วยดูแลลูก ในขณะที่ฉันพักผ่อนได้
 รู้สึกแย่มาก 0-20			
 รู้สึกแย่ 21-40			
 รู้สึกเฉยๆ ไม่ดีแต่ก็ไม่แย่ 41-60			
 รู้สึกดี 61-80			
 รู้สึกดีมาก 81-100			



การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างแม่กับคนรอบข้าง

กิจกรรมที่ 1

- 1) ติดตามการบ้านเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพกับลูก ตามเป้าหมายที่ทำไว้จากครั้งที่แล้ว
- 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพระหว่างแม่กับคนรอบข้าง
- 3) ให้แม่ตั้งเป้าหมายและวางแผนสร้างสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง
- 4) สรุปรวอารมณ์ ครั้งที่ 4

อุปกรณ์ที่ต้องเตรียม

- 1) คู่มือเยี่ยมแม่หลังคลอดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- 2) ไม้บรรทัดวัดอารมณ์

ระยะเวลาที่ใช้ 45 - 60 นาที



กิจกรรมที่ 1

ติดตามการบ้านเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพกับลูก
ตามเป้าหมายที่ทำไว้จากครั้งที่แล้ว

วิธีการ

อสม. สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการทำกิจกรรมของแม่ตามแผนที่วางไว้

- ให้คำชมเชย เมื่อแม่สามารถทำได้ตามแผน หรือมีแนวทางในการดำรงชีวิตประจำวันที่ดีขึ้นหรือมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี
- หากแม่ทำไม่ได้ ให้พูดคุยเกี่ยวกับข้อจำกัด หรือปัญหาที่มีผลให้ทำไม่ได้ตามแผนและให้กำลังใจแม่ให้พยายามต่อไป



กิจกรรมที่ 2

ให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพระหว่างแม่
กับคนรอบข้าง

วิธีการ

อสม. ให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพระหว่างแม่กับคนรอบข้าง โดยให้ความรู้แม่ตามหัวข้อ เนื้อหาในการให้ความรู้แม่ “การสร้างสัมพันธภาพระหว่างแม่กับคนรอบข้าง”



เนื้อหาในการให้ความรู้แม่ “การสร้างสัมพันธภาพระหว่างแม่กับคนรอบข้าง”

ช่วงเวลาเริ่มต้นของแม่ในการดูแลลูกที่เป็นเด็กทารก จำเป็นต้องมีคนรอบข้างที่ใกล้ชิดและไวใจ ได้แก่ สามี พ่อแม่ ญาติพี่น้อง คนในครอบครัว เพื่อนสนิท หรือเพื่อนบ้านที่ไวใจได้ เป็นต้น โดยบุคคลเหล่านี้จะสามารถสนับสนุน และช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของแม่ได้ อาทิ การแบ่งเบาภาระงานบ้าน การช่วยดูแลทารกหรือลูกคนอื่นๆ เพื่อให้แม่ ได้มีโอกาสพักผ่อน หรือการให้กำลังใจ รับฟังปัญหาในเวลาที่มีแม่มีความไม่สบายใจ

การช่วยเหลือจากคนรอบข้างที่อยู่ใกล้ชิดแม่ จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การเลี้ยงดูลูกมีคุณภาพที่ดี แม่ที่มีภาวะ ความเครียดสะสม หรือเสี่ยงเป็นภาวะซึมเศร้ามักจะแยกตัวออกห่าง หลีกเลี้ยงการพูดคุยพบปะ หรือการมีปฏิสัมพันธ์ กับคนรอบข้าง ทำให้ความสัมพันธ์ห่างเหินกันมากขึ้น หากแม่ไม่มีคนรอบข้างที่จะช่วยสนับสนุนในการดูแลตัวเองและ ลูกแล้ว อาจก่อความเครียดสะสมจนส่งผลกระทบต่อการดูแลลูกที่ดีได้

เมื่อแม่รู้สึกตัวว่าเหนื่อย วิตกกังวล หรือไม่สบายใจกับเหตุการณ์บางอย่างที่เกิดขึ้น สนับสนุนให้แม่ได้พูดคุย บอกเล่าเรื่องราวที่ไม่สบายใจกับคนรอบข้าง เพื่อให้บุคคลเหล่านี้มีส่วนช่วยเหลือแม่ให้ผ่านเหตุการณ์ที่รู้สึกไม่ดีไปได้ ไม่จำเป็นที่แม่จะต้องเผชิญปัญหาตามลำพัง เพื่อให้แม่สามารถดูแลลูกได้ดีต่อไป



กิจกรรมที่ 3

ให้แม่ตั้งเป้าหมายและวางแผนการสร้างสัมพันธภาพ
กับคนรอบข้าง

วิธีการ

อสม.แนะนำช่วยให้แม่ตั้งเป้าหมายและวางแผนการสร้างสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง และบันทึกลงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 : เป้าหมายและแผนการสร้างสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง

ประเด็นสำคัญ	เป้าหมาย	สิ่งที่จะทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
ตัวอย่าง	สามี/ครอบครัว มีบทบาทในการดูแลลูกมากขึ้น	ขอให้สามี/ครอบครัว ดูแลลูกระหว่างที่แม่ทำธุระส่วนตัว และกล่าวชื่นชมที่ช่วยเหลือ
การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแม่กับคนรอบข้าง	1) 2) 3)	1) 2) 3)



กิจกรรมที่ 4

สำรวจอารมณ์ ครั้งที่ 4

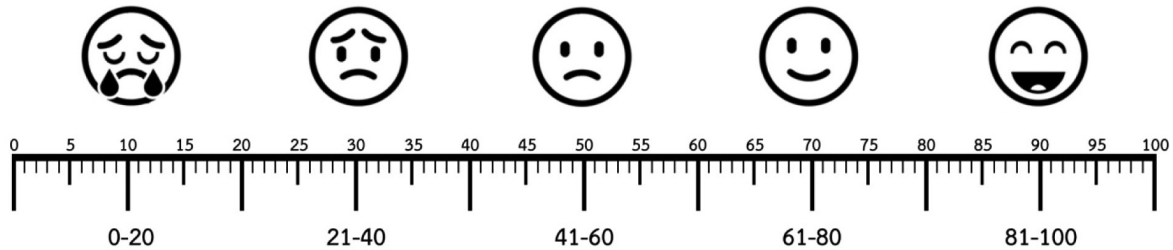
วิธีการ

- 1) อสม.ให้แม่สำรวจอารมณ์ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาในสถานการณ์ของการเป็นแม่ที่ต้องดูแลลูก การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหลังคลอด โดยใช้อุปกรณ์ไม้บรรทัดวัดอารมณ์



ตัวอย่างคำถามที่ใช้สำรวจอารมณ์

- “ความวิตกกังวลของคุณแม่ ค่อยๆ เบาลง ตอนนี้คุณแม่เป็นอย่างไรบ้างคะ เดี่ยวเรามาวัดอารมณ์ของคุณแม่ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาดีกว่าค่ะ”
- “ตอนนี้ลูกอายุ 2 เดือนกว่าแล้ว การปรับตัวของคุณแม่เป็นอย่างไรบ้าง ความกังวลของคุณแม่ลดลงไหมคะ อารมณ์ของคุณแม่ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง คุณแม่ช่วยให้คะแนนอารมณ์หน่อยนะคะ”



- 2) นำคะแนนที่ได้จากการสำรวจอารมณ์ข้อ 1) เติมในตารางที่ 9 ตารางสำรวจอารมณ์ครั้งที่ 4 หน้า 26 ในช่อง “คะแนนที่ได้”
- 3) อสม.พูดคุยกับแม่ถึงผลคะแนนอารมณ์ที่แม่วัดได้และให้แม่สำรวจสถานการณ์ที่มีผลต่ออารมณ์นั้น พร้อมทั้งบันทึกในตารางที่ 9 ในช่อง “สถานการณ์ที่ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง”

ตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการสำรวจสถานการณ์

- “คะแนนอารมณ์ของคุณแม่อยู่ที่ 55 คะแนน เป็นรูปนี้ รู้สึกเฉยๆ ไม่ดีและไม่แยเกินไป หน้าตาคุณแม่ดูสดใส คุณแม่ยังมีความเครียด/กังวลอะไรบ้างคะ ที่ยังกระทบจิตใจของคุณแม่ที่ทำให้รู้สึกแบบนี้”
 - “คะแนนอารมณ์ของคุณแม่อยู่ที่ 30 คะแนน เป็นรูปนี้ คุณแม่ยังรู้สึกแย่ ในการปรับตัวบทบาทของการเป็นแม่ครั้งนี้ คุณแม่มีอะไรจะเล่าให้ฟังไหมคะ”
- 4) อสม.แนะนำให้แม่ลองหามุมมองบวกในสถานการณ์ดังกล่าว จากนั้นบันทึกลงในตารางที่ 9 หน้า 26 ในช่อง “มุมมองบวกในสถานการณ์นี้”

ตัวอย่างในการให้แม่ลองหามุมมองบวก หรือทางแก้ไขปัญหาในสถานการณ์นั้นๆ

สถานการณ์ : แม่รู้สึกเครียด เหนื่อยที่ต้องดูแลลูกตลอดเวลา โดยไม่ได้ออกไปไหนเลย

- “คุณแม่ได้มีโอกาสพาลูกไปพบปะกับเพื่อนๆ เพื่อจะได้ผ่อนคลายบ้าง หลากหลาย คนบอกว่าการพาลูกออกมาข้างนอกนั้น ทำให้ลูกป่วยและไม่สบาย แต่จริงๆ การพาลูกไปพบปะผู้คน มีประโยชน์นอกจากทำให้จิตใจของแม่ผ่อนคลายมากขึ้น ยังทำให้เด็กได้เจอสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ หรือพบผู้คนและคุ้นชินกับคนรอบข้าง อีกทั้งเมื่อเจอความเปลี่ยนแปลงเขาจะรู้สึกอุ่นใจที่มีแม่อยู่ข้างๆ การเจ็บป่วยของเด็กเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ เราต้องป้องกันมลภาวะจากสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นระหว่างพาไปข้างนอก เช่น เลี่ยงแสงแดดที่ทำให้อุณหภูมิของเด็กเปลี่ยนแปลงบ่อย เลี่ยงสถานที่ชุมชนที่มีฝุ่นควันจากท่อไอเสียรถ การล้างมือก่อนสัมผัสของคนรอบข้าง”

สถานการณ์ : แม่รู้สึกเครียด กังวลกับความเห็นเรื่องการเลี้ยงดูลูกจากญาติผู้ใหญ่รอบๆตัว

- “คุณแม่สามารถดูแลลูกได้เก่งมากขึ้นแล้ว แต่มีความเห็นจากคนรอบข้างที่มาเยี่ยมเยียนมากมาย ทุกวันมารบกวนจิตใจ ทั้งเรื่องวัฒนธรรมท้องถิ่น ให้กินผลไม้ กินกล้วย อาบน้ำขาวข้าว บางครั้งมีพิธีกรรมแปลกๆ มาทำให้ลูกโดยไม่บอกล่วงหน้า แม่เลยกังวลที่จะฝากลูกไว้กับคนรอบข้าง ไม่กล้าบอกเล่าให้ใครฟัง คุณแม่เก่งมากที่สามารถผ่านความเชื่อจากคนรอบข้างมาได้ คุณแม่สามารถให้เหตุผลในการไม่ปฏิบัติตาม ข้อดี ข้อเสีย ของกิจกรรมนั้นๆได้ โดยให้มองที่สุขภาพและพัฒนาการของลูกที่เป็นไปตามวัย”



ตารางที่ 9 : ตารางสำรวจอารมณ์ ครั้งที่ 4

ตารางสำรวจอารมณ์			
อารมณ์/ช่วงคะแนน	คะแนนที่ได้	สถานการณ์ที่ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง	มุมมองบวกในสถานการณ์นี้
 รู้สึกแย่ 21-40	ตัวอย่าง 25	ไม่ได้ออกไปพบปะพูดคุยกับคนรอบข้าง ต้องเก็บตัวอยู่กับลูกตลอด เพราะว่าถ้าฉันออกนอกบ้าน คนอื่นจะตำหนิว่าฉันไม่ดูแลลูก ฉันรู้สึกเหงาและเบื่อหน่าย	ฉันควรออกไปพบเพื่อนนอกบ้าน แม้จะต้องดูแลลูก การที่ได้ผ่อนคลายกับเพื่อนหรือพาลูกออกไปพบปะกับเพื่อนบ้านทำให้ฉันมีกำลังใจในการดูแลลูกมากขึ้น
 รู้สึกแย่มาก 0-20			
 รู้สึกแย่ 21-40			
 รู้สึกเฉยๆ ไม่ดีแต่ก็ไม่แย่ 41-60			
 รู้สึกดี 61-80			
 รู้สึกดีมาก 81-100			



การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5

การสรุปผลของโปรแกรม

กิจกรรมที่ 1

- 1) ติดตามการบ้านเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพกับคนรอบข้างตามเป้าหมายที่ทำไว้จากครั้งที่แล้ว
- 2) สรุปผลการดูแลสุขภาพของตนเอง การสร้างสัมพันธภาพกับลูก การสร้างสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง
- 3) สัมภาษณ์ 5 ครั้ง
- 4) สรุปคะแนนอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม
- 5) ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (EPDS) ครั้งที่ 2

อุปกรณ์ที่ต้องเตรียม

- 1) คู่มือเยี่ยมแม่หลังคลอดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- 2) ไม่บรรทัดวัดอารมณ์

ระยะเวลาที่ใช้ 45 - 60 นาที



กิจกรรมที่ 1

ติดตามการบ้านเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง
ตามเป้าหมายที่ทำไว้จากครั้งที่แล้ว

วิธีการ

อสม. สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการทำกิจกรรมของแม่ตามแผนที่วางไว้

- ให้คำชมเชยเมื่อแม่สามารถทำได้ตามแผน หรือมีแนวทางในการดำรงชีวิตประจำวันที่ดีขึ้น หรือมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี
- หากแม่ทำไม่ได้ ให้พูดคุยเกี่ยวกับข้อจำกัด หรือปัญหาที่มีผลให้ทำไม่ได้ตามแผน และให้กำลังใจแม่ให้พยายามต่อไป



กิจกรรมที่ 2

สรุปผลการดูแลสุขภาพของตนเอง การสร้างสัมพันธภาพ
กับลูก การสร้างสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง

วิธีการ

อสม. สรุปผลการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิตของแม่ การสร้างสัมพันธภาพกับลูก และการสร้างสัมพันธภาพกับคนรอบข้างให้แม่ฟัง โดยดูจากการบ้านในแต่ละหัวข้อว่าบรรลุตามเป้าหมายหรือไม่

- ถ้ามีแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ให้อสม. ชื่นชม ให้กำลังใจ พร้อมเน้นย้ำให้ทำต่อไปเพื่อเป็นผลดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองและลูก
- ถ้ามีแนวโน้มที่ไม่ดีขึ้น หรือปัญหายังคงอยู่ ให้พูดคุยข้อจำกัด อสม. ช่วยวางแผนเลือกเรื่องที่แม่คิดว่าเป็นปัญหามาแก้ไขปัญหาก่อน และให้กำลังใจในความพยายามที่จะดูแลสุขภาพแม่แม่จะอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก





กิจกรรมที่ 3

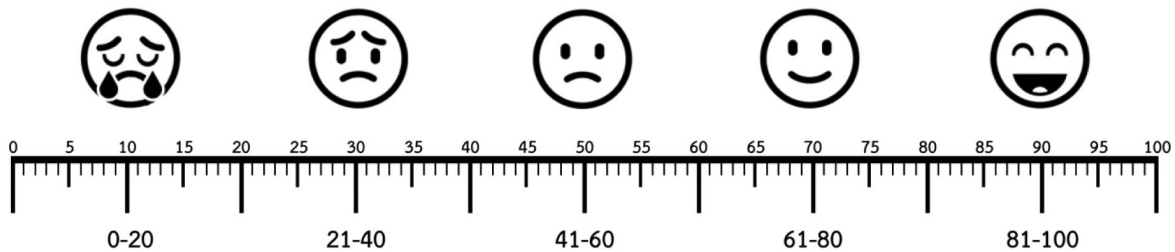
สำรวจอารมณ์ ครั้งที่ 5

วิธีการ

- 1) อสม.ให้แม่สำรวจอารมณ์ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาในสถานการณ์ของการเป็นแม่ที่ต้องดูแลลูก การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหลังคลอด โดยใช้อุปกรณ์ไม้บรรทัดวัดอารมณ์

ตัวอย่างคำถามที่ใช้สำรวจอารมณ์

- “คุณแม่ได้พบกับ อสม. เป็นจำนวน 4 ครั้งแล้ว เราได้พูดคุยเกี่ยวกับการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหลังคลอด ได้ให้คำแนะนำ กำลังใจและมุมมองบวกในสถานการณ์ต่าง ๆ ครั้งนี้เป็นครั้งสุดท้ายที่ อสม.จะได้มาติดตามเยี่ยมบ้าน คุณแม่เป็นอย่างไรบ้างคะ ลองมาวัดอารมณ์ครั้งสุดท้ายกันคะว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง”
- “ช่วงแรกที่เราได้พูดคุยกัน คุณแม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลลูกมาก เราได้ร่วมกันหามุมมองบวกในสถานการณ์ต่าง ๆ คุณแม่น่าจะเข้าใจขึ้นกับการปรับตัวครั้งนี้ เราลองเปรียบเทียบอารมณ์ของคุณแม่ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาดีกว่าคะ ว่าเป็นอย่างไรบ้าง”



- 2) นำคะแนนที่ได้จากการสำรวจอารมณ์ข้อ 1) เติมในตารางที่ 10 ตารางสำรวจอารมณ์ครั้งที่ 5 ในช่อง “คะแนนที่ได้”

ตารางที่ 10 : ตารางสำรวจอารมณ์ ครั้งที่ 5

ตารางสำรวจอารมณ์

อารมณ์/ ช่วงคะแนน	 รู้สึกแย่มาก 0-20	 รู้สึกแย่ 21-40	 รู้สึกเฉยๆ ไม่ดีแต่ก็ไม่แย 41-60	 รู้สึกดี 61-80	 รู้สึกดีมาก 81-100
คะแนนที่ได้					





กิจกรรมที่ 4

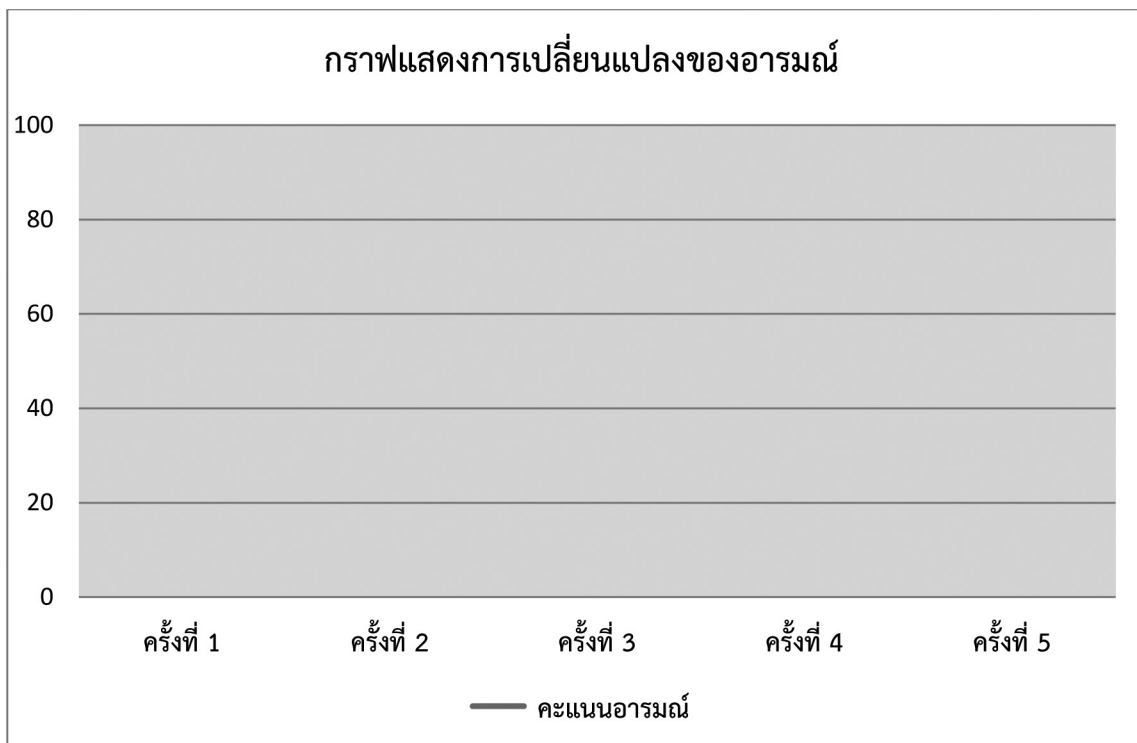
สรุปคะแนนอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการ

อสม. นำคะแนนที่แม่ประเมินอารมณ์ของตัวเองในตารางสำรวจอารมณ์จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1-5 นำมาบันทึกลงบนกราฟแสดงอารมณ์การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ในภาพที่ 3 กราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และสรุปให้แม่เห็นแนวโน้มอารมณ์ของแม่ที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วง 5 สัปดาห์

- หากมีแนวโน้มดีขึ้น ให้คำชมเชย และสนับสนุนให้แม่ดูแลสุขภาพตัวเองตามแผนที่วางไว้ต่อไป
- หากมีแนวโน้มต่ำลงหรือไม่ดีขึ้น
 - ให้พูดคุยเกี่ยวกับข้อจำกัด หรือปัญหาที่มีผลให้ทำไม่ได้ตามแผนและให้กำลังใจแม่พยายามต่อไป
 - ให้ข้อมูลในการรับคำปรึกษาทางสุขภาพจิต เช่น สายด่วนสุขภาพจิต หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน

ภาพที่ 3 : กราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์





กิจกรรมที่ 5

ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS) ครั้งที่ 2

วิธีการ

อสม.แนะนำให้แม่ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จากนั้นสรุปคะแนนจากการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดครั้งแรกและครั้งนี้ บันทึกลงในตารางที่ 11 ตารางสรุปผลประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด หน้าที่ 32

คำแนะนำการใช้ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

1. อสม.แนะนำข้อมูลแม่ว่าควรตอบแบบสอบถาม โดยพิจารณาจากความรู้สึกในช่วง 7 วันที่ผ่านมา
2. ตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ
3. คำตอบควรเป็นสิ่งที่แม่พิจารณาด้วยตัวเอง หลีกเลี่ยงการถามความเห็นจากคนรอบข้าง
4. แม่ควรอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง กรณีมีปัญหาการอ่านภาษาไทย ให้อสม.อ่านให้ฟังได้



แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

เนื่องจากคุณเพิ่งให้กำเนิดบุตรเมื่อไม่นานมานี้ อยากทราบว่าความรู้สึกอย่างไร โปรดทำเครื่องหมาย (x)
หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด ใน 7 วันที่ผ่านมา โดยไม่ใช่ความรู้สึกในวันนี้

ตัวอย่าง ฉันรู้สึกมีความสุข

- () 1. ตลอดเวลา
(x) 2. เป็นส่วนใหญ่
() 3. ไม่บ่อยนัก
() 4. ไม่มีเลย

หมายถึง “ฉันรู้สึกมีความสุขเป็นส่วนใหญ่ในช่วงระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา” กรุณาตอบคำถามมาให้ครบถ้วน
ในวิธีเดียวกันในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา

1. ฉันสามารถหัวเราะและมองสิ่งต่างๆ รอบตัวที่เกิดขึ้นได้อย่างสนุกสนาน

- () 0. มากเท่ากับที่เคยเป็น
() 1. ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น
() 2. น้อยลงมากอย่างเห็นได้ชัด
() 3. ไม่มีเลย

2. สิ่งต่างๆ ได้ทับถมอยู่บนตัวฉัน

- () 0. ฉันสามารถจัดการมันได้เหมือนอย่างที่เคย
() 1. เกือบตลอดเวลาฉันสามารถจัดการได้ดี
() 2. บางเวลาฉันไม่สามารถจัดการได้
() 3. เกือบตลอดเวลาฉันไม่สามารถจัดการได้เลย

3. ฉันรอคอยสิ่งที่จะเกิดขึ้นข้างหน้าอย่างมีความสุข

- () 0. มากเท่ากับที่เคยเป็น
() 1. ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น
() 2. น้อยลงมากอย่างเห็นได้ชัด
() 3. ไม่มีเลย

4. ฉันรู้สึกไม่มีความสุขจนทำให้นอนหลับได้ยาก

- () 0. ไม่เคยเลย
() 1. ไม่บ่อยนัก
() 2. บางเวลา
() 3. เกือบตลอดเวลา

5. ฉันตำหนิตัวเองโดยไม่จำเป็นเมื่อมีสิ่งผิดพลาดเกิดขึ้น

- () 0. ไม่มีเลย
() 1. ไม่บ่อยนัก
() 2. บางเวลา
() 3. เกือบตลอดเวลา



6. ฉันรู้สึกเศร้าหรือทุกข์ระทม
- () 0. ไม่เคยเลย
- () 1. ไม่บ่อยนัก
- () 2. ค่อนข้างบ่อย
- () 3. เกือบตลอดเวลา
7. ฉันรู้สึกกระวนกระวายอย่างไม่มีเหตุผลที่ดีเพียงพอ
- () 0. ไม่มีเลย
- () 1. เกือบจะไม่มี
- () 2. มีบางเวลา
- () 3. มีบ่อยมาก
8. ฉันรู้สึกไม่มีความสุขจนต้องร้องไห้
- () 0. ไม่เคยเลย
- () 1. ไม่บ่อยนัก
- () 2. ค่อนข้างบ่อย
- () 3. เกือบตลอดเวลา
9. ฉันรู้สึกกลัวหรือตื่นตระหนกโดยไม่มีเหตุผลเพียงพออย่างมาก
- () 0. ไม่เคยเลย
- () 1. ไม่บ่อยนัก
- () 2. บางเวลา
- () 3. รู้สึกมากจริงๆ
10. ฉันมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย
- () 0. ไม่เคยเลย
- () 1. เกือบจะไม่เคย
- () 2. บางเวลา
- () 3. ค่อนข้างบ่อย

เกณฑ์การประเมินคะแนน

คะแนน < 10 คะแนน	ไม่พบความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ดูแลตามระบบ
คะแนนเท่ากับ 10-14 คะแนน	ยังมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ให้การติดตามดูแลเยี่ยมบ้านทุก 1 เดือน และประเมินภาวะซึมเศร้าทุก 3 เดือน หยุดเยี่ยมบ้านเมื่อคะแนน < 10 คะแนน เมื่อครบ 1 ปี คะแนนยังมากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน ให้ส่งปรึกษาแพทย์เพื่อประเมิน ภาวะสุขภาพจิต
คะแนน $\geq$ 15 คะแนน	มีความเสี่ยงสูง จำเป็นต้องส่งปรึกษาแพทย์
** หากในข้อ 10 มีคะแนน $\geq$ 1 คะแนน ควรส่งพบแพทย์ด่วน **	

ตารางที่ 11 : ตารางสรุปผลประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ผลประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ครั้งที่ 1	ผลประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ครั้งที่ 2
..... คะแนน	 คะแนน



เอกสารอ้างอิง

1. THINKING HEALTHY A manual for psychosocial management of perinatal depression. In: WHO, editor. WHO generic field-trial version 10,2015.
2. กรมอนามัย. คู่มือมารดาหลังคลอดและการดูแลทารก สำหรับคุณแม่. 2554.
3. Beck JS. Cognitive therapy : basics and beyond. United State of America 1995.
4. Sally Grantham-McGregor YBC, Santiago Cueto, Paul Glewwe, Linda Richter, Barbara Strupp, and the International, Group CDS. Child development in developing countries 1 Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. Lancet. 2007;369:60-70.
5. Susan P Walker TDW, Sally Grantham-McGregor, Maureen M Black, Charles A Nelson, Sandra L Huffman,, Helen Baker-Henningham SMC, Jena D Hamadani, Betsy Lozoff , Julie M Meeks Gardner, Christine A Powell, Atif Rahman, Linda Richter. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. Lancet. 2011;378:1325-38.
6. ปิตานพวงศ์ จ, วัชรภรณ์ ก. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2005;23(4):249-54.
7. Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C-L., Grace, S.L., & Wallington, T. (2003). Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions.
8. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. Infant Behavior & Development. 2010;33:1-6.
9. Dante Cicchetti FAR, 1 and Sheree L. Toth1. The Efficacy of Toddler-Parent Psychotherapy for Fostering Cognitive Development in Offspring of Depressed Mothers. Journal of Abnormal Child Psychology. 2000;28(2):135-48.
10. A. S. Poobalan LSA, L. Ross,W. C. S. Smith, P. J. Helms, G.Williams JH. Effects of treating postnatal depression on mother infant interaction and child development. British Journal of Psychiatry. 2007;191(378-386).
11. ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์ และคณะ. (2559). คู่มือการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับเด็กแรกเกิด - 5 ปี ด้วย กิน กอด เล่น เล่า (พิมพ์ครั้งที่ 3) กรุงเทพฯ : ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย





คู่มือ

เยี่ยมแม่หลังคลอด

สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)



กรมสุขภาพจิต
สถาบันราชานุกูล



แผนงาน
สร้างเสริมสุขภาพจิต

ภาคผนวก ข เอกสารรับรองโครงการวิจัย



กรมสุขภาพจิต
สถาบันราชานุกูล

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ที่อยู่ 4737 ถนนดินแดง แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : การพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุข:
การวิจัยนำร่อง

รหัสโครงการ : RI 002/2563

ผู้วิจัยหลัก : แพทย์หญิงชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์

สังกัดหน่วยงาน : กลุ่มงานการแพทย์ สถาบันราชานุกูล

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน (Expedited Review)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์
หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารที่รับรอง :

- | | |
|---|---|
| 1. แบบเสนอโครงการวิจัย | ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 16 มกราคม 2563 |
| 2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับวันที่ 7 พฤศจิกายน 2562 |
| 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย | ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 16 มกราคม 2563 |
| 4. ประวัติผู้วิจัย | ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 16 มกราคม 2563 |

ลงนาม

(นางสาวศุภรัตน์ เอกอัศวิน)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม

(นางมธุรดา สุวรรณโพธิ์)

ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล

วันที่รับรอง : 3 กุมภาพันธ์ 2563

วันที่หมดอายุ : 2 กุมภาพันธ์ 2564

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล เท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ภายใน 5 วันทำการ
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขอความเห็นชอบใหม่ก่อนหมดอายุ 1 เดือน
6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการในแบบรายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัย (AF 06-01)

ภาคผนวก ค ประวัติผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการ : แพทย์หญิงชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์

1. ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) แพทย์หญิงชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) Chadapim Phoasavasdi, MD

2. ตำแหน่งปัจจุบัน รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ สถาบันราชานุกูล

3. ที่อยู่ติดต่อได้ สถาบันราชานุกูล 4737 ถนนดินแดง แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร

4. ประวัติการทำงาน

พ.ศ.2544-25551 ตำแหน่ง นายแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี
สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ.2551-ปัจจุบัน ตำแหน่ง นายแพทย์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต

5. ประวัติการศึกษา

พ.ศ.2542 แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2546 ประกาศนียบัตรวิทยาศาสตร์การแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2549 วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวช
เด็กและวัยรุ่น คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2554 แพทย์เฉพาะทางต่อ ยอดสาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น Child and Adolescent
Mental Health Service, North Essex Partnership NHS Foundation Trust,
Colchester, UK

พ.ศ.2555 Certificate of Cognitive Therapy, Beck Institute

พ.ศ.2561 อนุมัติเฉพาะทางเวชศาสตร์ป้องกัน สาขาสุขภาพจิตชุมชน สมาคมเวชศาสตร์
ป้องกันแห่งประเทศไทย แพทยสภา

6. ผลงานวิชาการ

1) ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์, จันท์ธรรมา สุขทรัพย์, ประเสริฐ จุฑา, บุษรา คูพันธ์. โปรแกรม
เสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับผู้ดูแลเด็กปฐมวัย. วารสารสุขภาพจิต ปีที่ 2562
ฉบับที่ 27(1); 37-51

2) ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์, บุญเสริม แก้วกำเนิดพงษ์, , ศิริพรรณ แสนลิ่ง, , ทิพวัน ค่ายสงคราม,
ชุต ยุงสันเทียะ. ผลการพัฒนาทางการรับรู้ทางภาษา และระดับความสนใจในเด็กออทิสติก
ด้วยโปรแกรมการบำบัดที่มีหุ่นยนต์เป็นผู้ช่วยบำบัด. วารสารราชานุกูล ปีที่ 32 ฉบับที่ 2;
2560 หน้า 2-17

3) ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์, วนิดา ชนินทุททวงศ์,ปราณี ตีะวิโล, ยุวนา ไชว์พันธ์. แบบสังเกต
พฤติกรรมสำหรับเด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะบกพร่องของทักษะการเรียนรู้
โรคสมาธิสั้น และกลุ่มอาการออทิซึม. วารสารราชานุกูล ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม –
ธันวาคม 2558 หน้า 1-11

- 4) ชดาพิมพ์ ผ่าสวัสดี้, ชนิสา เวชวิรุพห์, ปราณี ต๊ะวิโล. การศึกษาอำนาจจำแนกของ
เครื่องมือ computerized continuous performance test โดยการเปรียบเทียบค่าสมาธิ
ต่อเนืองระหว่างเด็กปกติและเด็กสมาธิสั้น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2553 ;
ปีที่ : 55 ฉบับที่ : 1 เลขหน้า : 97-108
- 5) C Phoasavasdi, T Kaewpornsawas. Risk Factor of Birth Weight below 2,500
grams and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Thai Children. J Med
Assoc Thai 2005; 88(11): 1514-8

ประวัติผู้วิจัยร่วม

1. แพทย์หญิงวีราณี เจริญวงศ์ศักดิ์

1.1 ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) แพทย์หญิงวีราณี เจริญวงศ์ศักดิ์

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) Weeranee Charoenwongsak

1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ชำนาญการ

1.3 ที่อยู่ติดต่อได้ สถาบันราชานุกูล 4737 ถนนดินแดง แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร

1.4 ประวัติการทำงาน

พ.ศ.2556-2560 ตำแหน่ง นายแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

พ.ศ.2560-2561 ตำแหน่ง นายแพทย์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้

พ.ศ.2562-ปัจจุบัน ตำแหน่ง นายแพทย์ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต

1.5 ประวัติการศึกษา

พ.ศ.2556 แพทย์ศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

พ.ศ.2560 วุฒิบัตร สาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลรามาริบัติ

1.6 ผลงานวิชาการ

- 1) Charoenwongsak, W., Luangbumroong, K., Kwunrod, C., Jeangkorn, U., Nidjunpunsri, A., 2019. Efficacy of Psychoeducational “SICAM Teacher Training Course”: Assessing Teachers’ Knowledge and Attitudes toward ADHD. (manuscript in preparation)
- 2) Charoenwongsak, W., Wangtrakul, K., Luangbumroong, K., Kwunrod, C., Promchuay, P., 2017. Relationships between Parenting Styles and Social Skills of School-Aged Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (manuscript in preparation)
- 3) Charoenwongsak, W., Kinorn, P., Hongsanguansri, S., 2017. Parenting Styles In Children And Adolescents With Substance Use Disorders: A Study From The Princess Mother National Institute On Drug Abuse Treatment, Thailand. ASEAN Journal of Psychiatry, Vol. 18 (2), July - December 2017

2. นางจรรุวรรณ ประดา

2.1 ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) นางจรรุวรรณ ประดา

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) Jaruan Prada

2.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

2.3 ที่อยู่ติดต่อได้ สถาบันราชานุกูล 4737 ถนนดินแดง แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร

2.4 ประวัติการทำงาน

พ.ศ.2531 -ปัจจุบัน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต

2.5 ประวัติการศึกษา

พ.ศ.2530 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราขบุรี

พ.ศ.2546 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พ.ศ.2549 ประกาศนียบัตรหลังปริญญา การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาร่วมกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.6 ผลงานวิชาการ

- 1) ผลของโปรแกรม A2M ที่มีต่อพฤติกรรมก้าวร้าวทางกาย และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญากับผู้ปกครอง
- 2) ผลของโปรแกรม TMT(Thai Massage by Tennis ball Program)ที่มีต่อพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา อายุ 6-18 ปี สถาบันราชานุกูล
- 3) ผลของโปรแกรมสอนตัดเล็บแบบมีส่วนร่วมต่อความสามารถในการตัดเล็บของเด็กบกพร่องทางสติปัญญา

3. นางทิพย์เมธี เมฆพันธุนารถ

3.1 ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) นางทิพย์เมธี เมฆพันธุนารถ

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) Tipmaytee Makphanthunart

3.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

3.3 ที่อยู่ติดต่อได้ สถาบันราชานุกูล 4737 ถนนดินแดง แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร

3.4 ประวัติการทำงาน

พ.ศ.2554-2555 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช

พ.ศ.2555-2556 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

พ.ศ.2556-ปัจจุบัน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต

3.5 ประวัติการศึกษา

พ.ศ.2554 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2557 ประกาศนียบัตรหลังปริญญา การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันราชานุกูลร่วมกับมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

3.6 ผลงานวิชาการ

การศึกษความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากความร้อน กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากโรคที่เกิดจากความร้อน ในครูฝึกและทหารกองประจำการ ของหน่วยบัญชาการอากาศโยธินในส่วนที่ตั้งดอนเมือง กองทัพอากาศทำวิจัย 2553

4. นางสาวณฐาพร พันธุ์โยธี

4.1 ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) นางสาวณฐาพร พันธุ์โยธี

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) Natthaphon Phanyothi

4.2 ตำแหน่งปัจจุบัน นักจัดการงานทั่วไป

4.3 ที่อยู่ติดต่อได้ สถาบันราชานุกูล 4737 ถนนดินแดง แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร

4.4 ประวัติการทำงาน

พ.ศ.2544-2550 ตำแหน่ง ผู้ประสานงาน/จัดซื้อ บริษัท บางกอกกุลลิ่ง จำกัด

พ.ศ.2550-2554 ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่จัดซื้อ บริษัท ฟาร์มาสแควร์ จำกัด

พ.ศ.2554-ปัจจุบัน ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไป สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต

4.5 ประวัติการศึกษา

พ.ศ.2544 มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา