



ปัจจัยและประสิทธิภาพของการรักษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดา วัยผู้ใหญ่ตอนต้น

สุพิชญานีต์ พงษ์พิเดช¹, ธนพุม สุรวัฒนวิเศษภา¹, กวินนาค ธนาภิจรสิสุทธิ์¹
 ภูสิษฐ์ ศิลประชาวงศ์¹, ณหทัย ศรีสุวรรณ¹, มัชฌิมาพร ชาตกิตติคุณวงศ์¹,
 ปณิดา แสงกระจ่าง¹, วิษณุพล พรหมแก้ว¹, ชนาธิป เภาเจริญ¹
 จิตรรัตน์ ทดแทนคุณ, พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)^{2,3}
 ศราวุธ ลาภมณีย์, วทบ., วทม., ปรด. (สรีรวิทยา-ประสาทวิทยาศาสตร์)^{3*}

¹ นักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

² ภาควิชาจิตเวช โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า นนทบุรี ประเทศไทย

³ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

* ผู้ติดต่อ, อีเมล: sarawut.lap@siam.edu

Vajira Med J. 2021; 65(3) : 211-20

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2021.20>

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยและวิธีการรักษาภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

วิธีดำเนินการวิจัย: สืบค้นบทความวิจัยโดยใช้คำสำคัญ ได้แก่ young adult mother, risk factor, treatment, postpartum, depression จากฐานข้อมูล PubMed และ Science Direct

ผลการศึกษา: บทความวิจัยที่ผ่านเข้าเกณฑ์การคัดเลือกมีจำนวน 14 บทความ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ประกอบด้วย ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ อายุ วิธีการคลอด การฝังฮอร์โมนคุมกำเนิด ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความพึงพอใจในรูปร่าง ความเชื่อมั่นในตนเอง และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา การจ้างงาน และจำนวนบุตร ทั้งนี้การรักษาด้วยยาหรือการเสริมวิตามินดี และการรักษาที่ไม่ใช่ยา ได้แก่ การทำจิตบำบัดจากการเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นวิธีการรักษาบรรเทาอาการภาวะซึมเศร้า

สรุป: บทความวิชาการนี้จึงแสดงให้เห็นหลักฐานของปัจจัยเสี่ยงและการทบทวนวิธีการรักษาภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด

คำสำคัญ: ปัจจัยเสี่ยง, การรักษา, ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด, ผู้ใหญ่ตอนต้น



Risk Factors and Effective Treatments of Postpartum Depression in Young Adult Mothers

Supitchayanee Pongpidet¹, Tanaput Surawattanavisetpa¹, Kawinnart Thanakijborisut¹
Bhuwasit Seenprachawong¹, Nahathai Srisuwan¹, Muchchimaporn Chatkittikunwong¹
Panida Saengkrajang¹, Witchapon Promkaew¹, Chanathip Phaocharoen¹
Thidarat Thodthankhun MD, Dip. (Thai Board of Psychiatry)^{2,3}
Sarawut Lapmanee B.Sc, M.Sc, Ph.D. (Physiology-Neurosciences)^{3*}

¹ Undergraduate medical student, Faculty of Medicine, Siam University, Bangkok, Thailand

² Department of Psychiatry, Pranangkla Hospital, Nonthaburi, Thailand

³ Faculty of Medicine, Siam University, Bangkok, Thailand

* Corresponding author, e-mail address : sarawut.lap@siam.edu

Vajira Med J. 2021; 65(3) : 211-20

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2021.20>

Abstract

Objective: To determine the associated factors and the effective treatments of postnatal depression in young adult mothers.

Methods: The research articles were searched from the PubMed and Science Direct databases using specific keywords including young adult mother, risk factor, treatment, postpartum, depression.

Results: 14 research articles met the inclusion criteria. Risk factors for postnatal depression divided into biological factors, including age, methods of delivery and implantation of hormonal contraceptives; or psychological factors, involving body shape satisfaction and self-esteem; or social factors consisting of education level, employment and numbers of children. Pharmacological therapy or vitamin D supplementation and non-pharmacological treatment, including home visit psychotherapy and telephone cognitive behavioral therapy could alleviate postpartum depressive symptoms.

Conclusions: This systematic review showed an evidence of risk factors and concerning treatment options for postnatal depression in young adult mothers.

Keywords: risk factor, treatment, postpartum depression, young adult

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นภายหลังคลอดบุตร โดยมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล และอารมณ์แปรปรวน ร้อยละ 10-30 ในช่วง 3 สัปดาห์หลังคลอด¹ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการลดลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน โพรเจสเตอโรน โพรแลคติน และคอร์ติซอล เป็นต้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานต่างๆ เช่น ระบบสืบพันธุ์ ระบบย่อยและทางเดินอาหาร ระบบปัสสาวะ และระบบไหลเวียนเลือด เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายนี้เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ซึ่งการเสียสมดุลการทำงานและภาวะแทรกซ้อนสามารถเหนี่ยวนำให้เกิดภาวะเครียดและส่งให้สุขภาพจิตผิดปกติในภาวะหลังคลอด²

รายงานอุบัติการณ์ขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2017³ พบว่า เพศหญิงในกลุ่มประเทศทวีปยุโรป อเมริกาเหนือ และแอฟริกา มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5.0-5.9 เช่นเดียวกับเพศหญิงในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5.1 ยิ่งไปกว่านั้นจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า วัยรุ่นอายุน้อยกว่า 19 ปี และผู้ใหญ่ตอนต้น ช่วงอายุ 20-24 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดมากที่สุด⁴ สำหรับประเทศไทยอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดสูงสุดช่วงผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 20-34 ปี ร้อยละ 7.8 รองลงมาคือ วัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 6.8 ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือท้องไม่พร้อมสูงสุด⁵ ทั้งนี้ในกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2562 รายงานจำนวนหญิงคลอดอายุต่ำกว่า 20 ปี มีอยู่ 63,831 ราย โดยแยกหญิงคลอดอายุระหว่าง 15-19 ปี มีจำนวน 61,651 ราย หญิงคลอดอายุต่ำกว่า 15 ปี มีจำนวน 2,180 ราย ฉะนั้นปัจจัยสนับสนุนของอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นและวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจ ภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นนี้อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาและคุณภาพชีวิตได้

ปี ค.ศ. 1996 O'Hara และคณะ⁶ รายงานการวินิจฉัยจำแนกลักษณะภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด ได้แก่ อาการวิตกกังวลและซึมเศร้าชั่วคราว โดยอาการที่เกิดไม่รุนแรงซึ่งพบได้ในระยะหลังคลอดหรือภายในเดือนแรกหลังคลอด และอาการภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงซึ่งมักเกิดอาการในเดือนแรก

หลังคลอดโดยมีประสาทหลอนร่วมด้วย การประเมินวัดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนิยมใช้แบบทดสอบเอ็ดินเบอร์ระ (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) แบบทดสอบ EPDS พัฒนาครั้งแรกโดย Cox และคณะในปี ค.ศ. 1987 และได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย มีทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนรวม 0-30 โดยการคัดกรองแตกต่างกันขึ้นอยู่กับคะแนน cut-off ดังนั้นแพทย์จึงใช้แบบทดสอบ EPDS เป็นเครื่องมือคัดกรองการวินิจฉัยที่กำหนดคะแนน cut-off มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน⁷ การศึกษาครั้งนี้จึงรวบรวมผลการรักษาที่ใช้แบบทดสอบ EPDS ในการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของวิธีการรักษาภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด

วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยและวิธีการรักษาภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

วิธีการวิจัย

คณะผู้วิจัยจึงได้ทำการสืบค้นบทความวิจัยจากทั่วโลก และวิเคราะห์ปัจจัยและวิธีการรักษาภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดที่เกิดขึ้นผู้ใหญ่ตอนต้นที่ได้รับการตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 – ค.ศ. 2020 โดยใช้คำสำคัญ (keywords) ในการสืบค้น ได้แก่ young adult mother, risk factor, treatment, postpartum, depression จากฐานข้อมูลออนไลน์ PubMed และ Science Direct โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ ต้องเป็นบทความวิจัยฉบับเต็มที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดช่วงอายุ 18 ปีขึ้นไป และใช้แบบทดสอบ EPDS ที่มีคะแนน cut-off มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด (รูปที่ 1) ทั้งนี้ทำการตรวจสอบความตรงของผลการสืบค้นจากแบบบันทึกข้อมูลระหว่าง 2 กลุ่มของคณะทำงาน หากการบันทึกข้อมูลระหว่างผู้ร่วมวิจัยไม่สอดคล้องตรงกัน มีการปรึกษาหารือกันและหาข้อตกลงร่วมกันโดยมีผู้รับผิดชอบประสานงานและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเป็นที่ปรึกษาก่อนนำผลการสืบค้นไปวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล จากนั้นวิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุนและวิธีการรักษาภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดด้วยค่าอัตราที่ใช้บอกขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (odds ratio) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (confidence interval) และค่า P-value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สืบค้นบทความวิจัย (จำนวน 316 บทความ)

ฐานข้อมูล PubMed (จำนวน 78 บทความ); Science Direct (จำนวน 238 บทความ)

คัดออก (จำนวน 195 บทความ)

- บทความปริทัศน์
- ไม่ใช่กลุ่มโรคซึมเศร้า
- ไม่มีวิธีการรักษา
- ไม่สามารถอ่านฉบับเต็ม



บทความวิจัยฉบับเต็มที่ผ่านเกณฑ์ (จำนวน 121 บทความ)

ฐานข้อมูล PubMed (จำนวน 58 บทความ); Science Direct (จำนวน 63 บทความ)

คัดออก (จำนวน 107 บทความ)

- ไม่ใช่แบบทดสอบ EPDS
- ไม่ใช่ช่วงอายุของประชากร
- ไม่ใช่ประชากรที่ศึกษา



บทความวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ (จำนวน 14 บทความ)

รูปที่ 1: แผนผังแสดงวิธีการสืบค้นบทความวิจัย

ผลการศึกษา

ลักษณะบทความวิจัยที่ผ่านการคัดเลือก

ผลการสืบค้น พบว่า บทความวิจัยที่ผ่านเกณฑ์พิจารณาจำนวน 14 บทความจาก 316 บทความวิจัยทั่วโลก ซึ่งเป็นบทความที่ดำเนินงานวิจัยจากประเทศในทวีปอเมริกาเหนือ ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา จำนวน 8 บทความ ประเทศในทวีปอเมริกาใต้ ได้แก่ บราซิล จำนวน 2 บทความ ประเทศทวีปเอเชีย ได้แก่ อิหร่าน และฮ่องกง จำนวน 2 บทความ และประเทศในทวีปยุโรป ได้แก่ อังกฤษและตุรกี จำนวน 2 บทความ ทั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) จำนวน 8 บทความ งานวิจัยไปข้างหน้า (prospective cohort study) จำนวน 2 บทความ งานวิจัยชนิดภาคตัดขวาง (cross-sectional study) จำนวน 3 บทความ และงานวิจัยชนิดย้อนหลัง (retrospective study) จำนวน 1 บทความ ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีอายุ 13-46 ปี ซึ่งครอบคลุมช่วงอายุในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยคะแนน cut-off ของแบบทดสอบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจาก EPDS ที่ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 10 ดังแสดงในตารางที่ 1

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ผลการศึกษาค้นคว้าบทความวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ อายุ วิธีฝังฮอร์โมนคุมกำเนิดทันที วิธีการคลอด ด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความพึงพอใจในรูปร่าง ความสัมพันธ์ของแม่กับมารดาหลังคลอด และด้านสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา การจ้างงาน และจำนวนบุตร นอกจากนี้คำถามในแบบทดสอบ EPDS ยังเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในมารดาอีกด้วย (ตารางที่ 2)

วิธีการรักษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถจำแนกวิธีการรักษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดออกเป็น 2 วิธี (ตารางที่ 3) คือ การรักษาด้วยยาหรือสารเคมี ได้แก่ การเสริมวิตามินดี และการรักษาที่ไม่ใช้ยา ได้แก่ การพูดคุยแลกเปลี่ยน การทำจิตบำบัดจากการเยี่ยมบ้าน การจัดการทางอารมณ์ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทางโทรศัพท์จากจิตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ แสงบำบัด และดนตรีบำบัด ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 1:

ลักษณะบทความวิจัยที่การคัดเลือก

ผู้วิจัย (ปี ค.ศ.)	ขนาด ประชากร (คน)	รูปแบบการศึกษา	อายุประชากร [ช่วงอายุ (ค่าเฉลี่ย)] (ปี)	คะแนน EPDS (Cut-off score)	ประเทศ
Letourneau et al. (2011) ⁸	60	Randomized controlled trial	21-41 (34.00)	>12	แคนาดา
Reichenheim et al. (2011) ⁹	853	Cross-sectional study	13-44 (25.30) (95%CI, 24.90-25.80)	>11	บราซิล
Bottino et al. (2012) ¹⁰	811	Cross-sectional study	13-44 (25.3)* (95% CI, 24.90-25.80)	>11	บราซิล
Bhandari et al. (2012) ¹¹	30	Randomized controlled trial	16-34 (23.60)	≥13	สหรัฐอเมริกา
Ammerman et al. (2013) ¹²	93	Randomized controlled trial	16-37 (21.90 ± 4.80)	≥11	สหรัฐอเมริกา
Bevan et al. (2013) ¹³	10	Prospective cohort study	21-41 (34.00)	≥10	อังกฤษ
Lee et al. (2013) ¹⁴	30	Randomized controlled trial	19-41 (26.60 ± 6.40)	≥10	สหรัฐอเมริกา
Simavli et al. (2013) ¹⁵	141	Randomized controlled trial	18-35 (23.80)	≥10-13	ตุรกี
Ngai et al. (2015) ¹⁶	397	Randomized controlled trial	18-42 (30.80 ± 4.10)	≥10	ฮ่องกง
Sweeney et al. (2015) ¹⁷	46	Prospective cohort study	18-42 (27.17 ± 6.59)	≥12	สหรัฐอเมริกา
Vaziri et al. (2016) ¹⁸	169	Randomized controlled trial	18-39 (26.31 ± 4.59)	>13	อิหร่าน
Wozney et al. (2017) ¹⁹	62	Randomized controlled trial	19-45 (29.03 ± 4.83)	≥10	แคนาดา
Kim et al. (2018) ²⁰	223	Cross-sectional study	18-42 (28.5 ± 6.01)	≥10	สหรัฐอเมริกา
Drake et al. (2020) ²¹	497	Retrospective study	13-22 (Median=19)	≥10	สหรัฐอเมริกา

Remarks *Maternal ages of infant under 5 months

ตารางที่ 2:

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

ปัจจัย	ลักษณะ	ค่าสถิติ	เอกสารอ้างอิง
ชีวภาพ	อายุมารดา	P = 0.090	9, 10, 20, 21
	การฝังฮอร์โมนคุมกำเนิดหลังคลอด	P = 0.040	
	วิธีการคลอดลูก	P = 0.021	
	การวินิจฉัย	P < 0.042	
จิตวิทยา	ความพึงพอใจในรูปร่าง	P < 0.001	17
สังคม	ความสัมพันธ์กับแม่	P < 0.050	11, 20
	ระดับการศึกษา	P = 0.044	
	การจ้างงาน	P = 0.017	

ตารางที่ 3:

วิธีการรักษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

ประเภทการรักษา	วิธีการ	ค่าสถิติ	เอกสารอ้างอิง
Pharmacological therapy	วิตามินดี (2000 IU vitamin D3)	หลังการรักษา 4 สัปดาห์: P = 0.002 8 สัปดาห์: P = 0.001	18
	Non-pharmacological therapy	การเยี่ยมบ้าน (Home visiting)	
การทำจิตบำบัดที่บ้าน (Home-base CBT)		หลังการรักษา P = 0.050 หลังจากติดตามผล = P < 0.010	15, 16, 19
การทำจิตบำบัดทางโทรศัพท์ (Telephone-based CBT)		P < 0.000	
การตระหนักรู้ต่อความคิด (Metacognitive therapy)		Cohen's d = 0.40 ^a	
การรักษาด้วยแสง (Bright light therapy)		หลังการรักษา Day 1 P = 0.03 Day 8 P = 0.02	
		ดนตรีบำบัด* (Music therapy)	หลังจากรักษาและติดตามผล 6 สัปดาห์ P = 0.001 6 เดือน P = 0.019
การบำบัดอารมณ์ (Managing on mood)		คะแนน EPDS หลังการรักษา 1 ครั้ง = 13.51 คะแนน 6 ครั้ง = 9.16 คะแนน 12 ครั้ง = 3.94 คะแนน	

Remarks CBT: cognitive behavioral therapy; a = ค่าขนาดอิทธิพล, *Major postpartum depressive group

วิจารณ์

ภาวะซีมีเศร้าในมารดาหลังคลอดมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยประเทศที่กำลังพัฒนาหรือประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น²² ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมีเศร้าหลังคลอดทางชีวภาพ ได้แก่ อายุของมารดา ทำให้เกิดความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์หรือไม่สามารถเลี้ยงดูลูกหลังคลอดได้²³ ทั้งนี้การผ่าคลอดทางช่องคลอด และการคุมกำเนิดด้วยวิธีฝังฮอร์โมนโปรเจสเทอโรน ทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมีเศร้าหลังคลอดในระยะต้นอีกด้วย²⁴⁻²⁵ นอกจากนี้ความพึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายขณะคลอดและรูปลักษณ์ภายนอกหลังคลอดเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่ส่งผลให้มารดามีภาวะซีมีเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้น²⁶⁻²⁷ ยิ่งไปกว่านั้นความแตกต่างกันของเศรษฐกิจฐานะของสมาชิกครอบครัว การจ้างงาน และการปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นปัจจัยทางสังคมที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมีเศร้าในมารดาหลังคลอด²⁸⁻²⁹ ปัจจัยที่กล่าวมาในข้างต้นนี้อาจจะส่งผลกระทบต่อการศึกษาและพัฒนาทางด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาของทารกหลังคลอด ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างสามีและสมาชิกในครอบครัวที่ลดลง³⁰

สำหรับแนวทางการรักษาภาวะซีมีเศร้าในมารดาหลังคลอดมีทั้งวิธีการรักษาด้วยยาหรือไม่ใช่ยา ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะการดำเนินโรคและความรุนแรงของอาการ³¹ การรักษาด้วยยาต้านความซีมีเศร้าที่นิยมใช้ในเวชปฏิบัติ คือ ยาปรับการทำงานของสารสื่อประสาทโมโนเอมีน ได้แก่ ยาด้านการดูดกลับสารสื่อประสาทเซโรโตนินอย่างจำเพาะ ยาด้านการดูดกลับสารสื่อประสาทนอร์อิพิเนฟรินอย่างจำเพาะ ยาด้านเซร่ากลุ่มไตรไซคลิกและยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์โมโนเอมีนออกซิเดส ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบว่า

การเสริมวิตามินดีช่วยบรรเทาอาการภาวะซีมีเศร้าหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Vaziri และคณะ ปี ค.ศ. 2016 ซึ่งเสริมวิตามินดีขนาด 2000 IU ในหญิงที่มีอายุครรภ์ 26-28 สัปดาห์ ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะซีมีเศร้าหลังคลอดได้¹⁸ การรักษาด้วยการเสริมวิตามินดีนี้จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจในการป้องกันและลดภาวะซีมีเศร้าหลังคลอดและนำมาใช้ในการรักษาเพื่อลดผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยวิธีไม่ใช้ยา ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซีมีเศร้าหลังคลอดมีภาวะซีมีเศร้าซ้ำได้อีก³² นอกจากนี้การทำจิตบำบัดจากการเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จากผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษาภาวะซีมีเศร้าหลังคลอด รวมทั้งการใช้ดนตรีบำบัดสามารถบรรเทาอาการภาวะซีมีเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ³³

การศึกษาปัจจัยและประสิทธิภาพของการรักษาภาวะซีมีเศร้าหลังคลอดในมารดาผู้ใหญ่ตอนต้นครั้งนี้เป็นการรวบรวมและวิเคราะห์ผลการศึกษางานวิจัยเชิงระบบ ซึ่งสร้างองค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บุคลากรทางการแพทย์ทราบถึงสาเหตุและวิธีการบำบัดมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซีมีเศร้า (รูปที่ 2) เพื่อลดความรุนแรงของการดำเนินโรคและผลกระทบต่อการศึกษาและสุขภาพ รวมถึงความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและสภาพแวดล้อมทางสังคม อย่างไรก็ตามการป้องกันการเกิดภาวะซีมีเศร้าหลังคลอดควรพึงคำนึงตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์และดูแลต่อเนื่องในระยะหลังคลอด ฉะนั้นการประเมินภาวะซีมีเศร้าหลังคลอดจึงมีความสำคัญ

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยด้านชีวภาพ

- การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกาย
- อายุของมารดา
- การฝังฮอร์โมนคุมกำเนิด
- วิธีการคลอด

ปัจจัยด้านจิตวิทยา

- ความพึงพอใจในรูปร่าง
- ความเชื่อมั่นในตนเอง

ปัจจัยด้านสังคม

- ระดับการศึกษา
- การจ้างงาน
- เศรษฐฐานะ
- ความสัมพันธ์ในครอบครัว

ผลกระทบ

มารดาและทารก

- การดูแลจากสามีและบุคคลรอบข้าง
- พัฒนาการของทารก
- คุณภาพชีวิต

วิธีการรักษา

การรักษาด้วยยาหรือสารเคมี

- ยาด้านความซึมเศร้า
- การเสริมวิตามินดี

การรักษาโดยไม่ใช้ยา

- การทำจิตบำบัดจากการเยี่ยมบ้าน
- การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
- การบำบัดความสำนึกถึงความคิด
- แสงบำบัด
- ดนตรีบำบัด

รูปที่ 2: แผนผังสรุปปัจจัยเสี่ยงและวิธีการรักษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

เนื่องด้วยการศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์บทความวิจัย โดยคะแนนจากแบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า EPDS เพียงอย่างเดียว ซึ่งปัจจุบันมีการใช้แบบประเมินหลายชนิด เช่น Beck depression inventory II และ postpartum depression screening scale จึงควรนำคะแนนจากแบบประเมินดังกล่าวมาศึกษาเพิ่มเติม นอกจากนี้ควรเพิ่มการวิเคราะห์และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาในทุกช่วงวัยจากฐานข้อมูลที่หลากหลายจะทำให้ได้ข้อมูลอย่างครอบคลุม

การทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบนี้ทำให้ทราบถึงปัจจัยและวิธีการรักษาภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีพัฒนาการของร่างกายและจิตใจอย่างเต็มที่ การป้องกันและการรักษาภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพทำให้มารดาสามารถเลี้ยงดูทารกหลังคลอดอย่างมีคุณภาพ ตลอดจนความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคลและมีทัศนคติที่ดีในการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข

เอกสารอ้างอิง

1. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: a systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res 2018;104:235-48.
2. Schaffir J. Biological changes during pregnancy and the postpartum period. In: Wenzel Amy, editor. The Oxford Handbook of Perinatal Psychology. Oxford University Press; 2016.
3. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization [Internet]. 2017 [cited 2020 Dec 15]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>.
4. Ko JY, Rockhill KM, Tong VT, Morrow B, Farr SL. Trends in postpartum depressive symptoms - 27 States, 2004, 2008, and 2012. Morb Mortal Wkly Rep 2017;66(6):153-8.

5. Panyayong B. Postpartum depression among Thai women: a national survey. *J Med Assoc Thai* 2013;96(7):761–7.
6. O’Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Review Psychiatry* 1996;8:37–54.
7. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *BJPsych* 1987;150(6):782–6.
8. Letourneau N, Stewart M, Dennis CL, Hegadoren K, Duffett-Leger L, Watson B. Effect of home-based peer support on maternal–infant interactions among women with postpartum depression: A randomized, controlled trial. *Int J Ment Health Nurs* 2011;20(5):345–7.
9. Reichenheim ME, Moraes CL, Oliveira AS, Lobato G. Revisiting the dimensional structure of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): empirical evidence for a general factor. *BMC Med Res Methodol* 2011;11:93.
10. Bottino MN, Nadanovsky P, Moraes CL, Reichenheim ME, Lobato G. Reappraising the relationship between maternal age and postpartum depression according to the evolutionary theory: Empirical evidence from a survey in primary health services. *J Affect Disord* 2012;142(1–3):219–24.
11. Bhandari S, Bullock LF, Bair-Merritt M, Rose L, Marcantonio K, Campbell JC, et al. Pregnant women experiencing IPV: Impact of supportive and non-supportive relationships with their mothers and other supportive adults on perinatal depression: A mixed methods analysis. *Issues in Mental Health Nursing* 2012;33(12):827–37.
12. Ammerman RT, Putnam FW, Altaye M, Teeters AR, Stevens J, Van Ginkel JB. Treatment of depressed mothers in home visiting: Impact on psychological distress and social functioning. *Child abuse & neglect* 2013;37(8):544–54.
13. Bevan D, Wittkowski A, Wells A. A multiple-baseline study of the effects associated with metacognitive therapy in postpartum depression. *J Midwifery Womens Health* 2013;58(1):69–75.
14. Lee SY, Aycock DM, Moloney MF. Bright light therapy to promote sleep in mothers of low-birth-weight infants: a pilot study. *Biol Res Nurs* 2013;15(4):398–406.
15. Simavli S, Kaygusuz I, Gumus I, Usluogulları B, Yildirim M, Kafali H. Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health. *J Affect Disord* 2014;156:194–9.
16. Ngai FW, Wong PW, Leung KY, Chau PH, Chung KF. The effect of telephone-based cognitive-behavioral therapy on postnatal depression: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2015;84(5):294–303.
17. Sweeney AC, Fingerhut R. Examining relationships between body dissatisfaction, maladaptive perfectionism, and postpartum depression symptoms. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2015;42(5):551–61.
18. Vaziri F, Nasiri S, Tavana Z, Dabbaghmanesh MH, Sharif F, Jafari P. A randomized controlled trial of vitamin D supplementation on perinatal depression: in Iranian pregnant mothers. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16(1):1–2.
19. Wozney L, Olthuis J, Lingley-Pottie P, McGrath PJ, Chaplin W, Elgar F, et al. Strongest families™ managing our mood (MOM): a randomized controlled trial of a distance intervention for women with postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2017;20(4):525–37.

20. Kim Y, Dee V. Sociodemographic and obstetric factors related to symptoms of postpartum depression in Hispanic women in rural California. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2018;47(1):23–31.
21. Drake E, Grush K, Sheeder J, Tocce K. The Association between Immediate Postpartum Etonogestrel Implants and Positive Postpartum Depression Screens in Adolescents and Young Adults. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2020;33(5): 550–4.
22. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry* 2016;3(10):973–82.
23. Friedman SH, Resnick PJ. Postpartum depression: an update. *Women’s Health* 2009;5(3):287–95.
24. Houston KA, Kaimal AJ, Nakagawa S, Gregorich SE, Yee LM, Kuppermann M. Mode of delivery and postpartum depression: the role of patient preferences. *Am J Obstet Gynecol* 2015;212(2): 229.e1–7.
25. Horibe M, Hane Y, Abe J, Matsui T, Kato Y, Ueda N, et al. Contraceptives as possible risk factors for postpartum depression: A retrospective study of the food and drug administration adverse event reporting system, 2004–2015. *Nurs Open* 2018;5(2):131–8.
26. Silveira ML, Ertel KA, Dole N, Chasan-Taber L. The role of body image in prenatal and postpartum depression: a critical review of the literature. *Arch Womens Ment Health* 2015;18(3): 409–21.
27. Harrison ME, Obeid N, Haslett K, McLean N, Clarkin C. Embodied motherhood: Exploring body image in pregnant and parenting youth. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2019;32(1):44–50.
28. Lewis BA, Billing L, Schuver K, Gjerdingen D, Avery M, Marcus BH. The relationship between employment status and depression symptomatology among women at risk for postpartum depression. *Womens Health (Lond)* 2017;13(1):3–9.
29. Gebregziabher NK, Netsereab TB, Fessaha YG, Alaza FA, Ghebrehiwet NK, Sium AH. Prevalence and associated factors of postpartum depression among postpartum mothers in central region, Eritrea: a health facility based survey. *BMC Public Health* 2020;20(1):1614.
30. Sapkota S, Kobayashi T, Takase M. Impact on perceived postnatal support, maternal anxiety and symptoms of depression in new mothers in Nepal when their husbands provide continuous support during labour. *Midwifery* 2013;29(11): 1264–71.
31. Sharma V, Sharma P. Postpartum depression: diagnostic and treatment issues. *J Obstet Gynaecol Can* 2012;34(5):436–42.
32. Fitelson E, Kim S, Baker AS, Leight K. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *Int J Womens Health* 2010;3:1–14.
33. Yang WJ, Bai YM, Qin L, Xu XL, Bao KF, Xiao JL, et al. The effectiveness of music therapy for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract* 2019;37:93–101.