

บทความวิจัย

การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า Prevalence of Perinatal Depression in Lomkao Crown Prince Hospital

เพ็ญพรรณ บุตรชัยงาม¹และสุภาพันธ์ กองจันทร์²

Phenphan Bootchasingam¹ and Subaphan Gongjan²

บทคัดย่อ

บทนำ ภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลเสียทั้งต่อมารดา ทารก และคนรอบข้างสตรีตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ที่เป็นซึมเศร้านักจะไม่รู้ตัวเองว่าตนกำลังป่วยหรืออาจรู้ตัวอีกทีตอนที่โรคกำลังพัฒนาไปสู่ขั้นรุนแรงจนเกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันไปแล้ว ดังนั้นการประเมินเพื่อค้นหา ฝ้าระวังและรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่าเพื่อวางแผน คัดกรองภาวะซึมเศร้าของสตรีตั้งครรภ์ และพัฒนาคุณภาพของการดูแล

วิธีการศึกษา เป็นวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง (Cross sectional descriptive study) โดย ประชากรเป็นสตรีขณะตั้งครรภ์ สตรีหลังคลอดบุตรภายใน 2 วันและสตรีหลังคลอดบุตร 6 สัปดาห์ที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่าจังหวัดเพชรบูรณ์ ช่วงวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2560 เป็น ระยะเวลา 6 เดือนโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ในช่วงขณะตั้งครรภ์หลังคลอดภายใน 2 วัน และหลังคลอด 6 สัปดาห์ โดยถ้าคะแนน EPDS มากกว่า 15 คะแนน จะวินิจฉัย ว่ามีภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์

ผลการศึกษา ประชากรสตรีตั้งครรภ์ก่อนคลอด จำนวน 126 คน สตรีหลังคลอดภายใน 2 วันจำนวน 120 คนและสตรี หลังคลอดภายใน 6 สัปดาห์จำนวน 133 คน ข้อมูลทั่วไปของประชากรดังแสดงในตารางที่ 1 พบความชุกของภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอดในช่วงระหว่างตั้งครรภ์เท่ากับร้อยละ 1.6 (2 คนใน 126 คน) หลังคลอดทันทีเท่ากับร้อยละ 0.8 (1 คนใน 120 คน) และไม่พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 6 สัปดาห์ (0 คนใน 133 คน)

สรุป ภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่ามีความชุกค่อนข้างน้อย ความแตกต่าง ประชากรในบริเวณอื่น และการแนะนำตรวจคัดกรองขณะตั้งครรภ์และตรวจคัดกรองซ้ำช่วงหลังคลอด

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความชุก

¹แพทย์ชำนาญการแผนกสูตินรีเวชโรงพยาบาลจังหวัดเลย

²พยาบาลวิชาชีพแผนกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า



ABSTRACT

Background : Depression during pregnancy was most important problem that affected on mother, child and family. The most pregnant women could not detect their depression until disease progressed to severe depression or impacted daily life. So that screening, early detection and treatment were very important.

Objective : To study prevalence of perinatal depression for improves screening and treatment plan.

Methods : Cross sectional descriptive study, used self-answer questionnaire to assess demographic data and Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in antepartum women, postpartum women within 2 days and postpartum women within 6 weeks that treated at LomKao crown prince hospital between August 2016 to January 2017. EPDS cut-off score was 15 for detection perinatal depression.

Results : The population was 126 antepartum women, 120 postpartum women within 2 days and 133 postpartum women within 6 weeks. Demographic data show in table 1. The prevalence of perinatal depression was 1.6 % in antepartum [2 women in 126], 0.8 % in postpartum within 2 days [1 woman in 120] and no in postpartum within 6 weeks [0 woman in 133].

Conclusion : The prevalence of postpartum depression in LomKao crown prince hospital was lower than other area. Recommend depression screening in antepartum period and postpartum within 2 days.

Keywords : perinataldepression, postpartum depression, prevalence, Edinburgh Postnatal Depression Scale

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยในประเทศไทยจากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตในปี 2546 พบความชุกถึงร้อยละ 5 ในกลุ่มประชากรทั่วไป โดยในกลุ่มนี้ภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ (Perinatal depression) เป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 11.8 - 50.7¹⁻⁷ การศึกษาในประเทศไทยพบร้อยละ 8.4 - 20.5⁸⁻¹⁰ และมีการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในบิดาพบร้อยละ 1.811 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการศึกษาเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ และการกำหนดช่วงระยะเวลาในช่วงตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดในการศึกษาที่แตกต่างกัน ช่วงระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดเป็นช่วงที่สตรีตั้งครรภ์มีความเครียดสูงเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นอกจากนั้นความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตร การเลี้ยงดู การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น

ในชีวิตหลังจากคลอด ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด ล้วนก่อให้เกิดความเครียดวิตกกังวลได้ทั้งสิ้นซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจได้ง่าย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ร่วมกับการประเมินภาวะซึมเศร้าในช่วงระหว่างตั้งครรภ์ทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากอาการหลายๆอย่างอาจถูกมองข้ามหรือคิดว่าเป็นภาวะปกติของการตั้งครรภ์ เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง การเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับ เพื่ออาหารอารมณ์แปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง เป็นต้น จึงทำให้ผู้ป่วยหลายรายไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม มีการศึกษาถึงผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการรักษาในช่วงตั้งครรภ์ พบว่าทำให้เกิดผลเสียทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์ บุตร รวมไปถึงครอบครัวที่ใกล้ชิด ทั้งคุณภาพชีวิต อาการที่เป็นอยู่รุนแรงขึ้น น้ำหนักขึ้นน้อยระหว่างตั้งครรภ์การไม่มาฝากครรภ์หรือฝากครรภ์น้อยกว่ามาตรฐาน ทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อย ทารก คะแนนแรกคลอดต่ำ

การดูแลบุตรทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตร บุตรมีปัญหาด้านพัฒนาการทางสติปัญญา อารมณ์ พฤติกรรม และการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น^{1,3,5} ในรายที่มารดามีอาการรุนแรงมากอาจเพิ่มความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเอง ฆ่าตัวตาย เสี่ยงอันตรายต่อบุตรในการถูกทำร้าย

ภาวะซึมเศร้าในช่วงระหว่างตั้งครรภ์ (Perinatal depression) คือภาวะซึมเศร้าที่เกิดในช่วงระหว่างตั้งครรภ์ และหลังคลอดภายใน 12 เดือน หลังคลอดบุตร¹² ปัจจุบันได้รวมภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ (Antepartum or antenatal depression) และระยะหลังคลอด (Postpartum depression) ไว้ด้วยกันและใช้คำรวมว่า Perinatal depression ซึ่งภาวะซึมเศร้าในช่วงตั้งครรภ์จะมีอาการเหมือนกับโรคซึมเศร้าทั่วไป คือ มีอารมณ์เศร้า มีอาการวิตกกังวล สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้ายทั้งต่อตนเองและทารก รู้สึกผิด ไร้ค่า นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ มีอาการผิดปกติของระบบย่อยอาหาร อาจเบื่ออาหารหรือรับประทานมากกว่าปกติ ความรู้สึกอยากตาย หรือทำร้ายตัวเอง⁹ มีการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้แก่ เคยมีอาการซึมเศร้าหลังคลอดในการตั้งครรภ์บุตรคนก่อน มารดาที่ไม่ได้แต่งงาน มีความวิตกกังวล อารมณ์แปรปรวน ขาดการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ความสัมพันธ์ไม่ดีกับบิดาของบุตรในครรภ์ เป็นคุณแม่เลี้ยงเดี่ยว การตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม ทศนคติต่อการตั้งครรภ์ไม่ดี มีปัญหาสุขภาพ มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว มีบุตรหลายคน^{1,9,13}

Kumar และ Cox¹⁴ ได้คิดค้นแบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) เพื่อใช้ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งเป็นชุดแบบสอบถามที่มีคำถามจำนวน 10 ข้อและใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามเพียง 5 นาที สามารถนำไปใช้ได้ง่าย จึงมีผู้นำไปแปลเป็นภาษาต่างๆ มากมาย ในประเทศไทยได้มีการแปลแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าหลังคลอดฉบับภาษาไทย โดยจารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ และคณะ^{15,16} ได้ทำการแปลและทดสอบประสิทธิภาพไว้ พบว่าสามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ดี โดยมีค่าความไวร้อยละ 74 ค่าความจำเพาะร้อยละ

74 เมื่อใช้ค่าจุดตัดคะแนนที่ 6/7 นอกจากแบบทดสอบ EPDS แล้วยังมีแบบทดสอบอีกมากที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า เช่น Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Postpartum Depression Screening Scales (PDSS), Beck Depression Inventory (BDI), Center of Epidemiologic Studies Depression Scales (CES-D) หรือ Zung Self-rating Depression Scales (Zung-SDS) แต่ EPDS ก็ยังคงเป็นแบบทดสอบที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด¹⁷ ในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถาม EPDS มีค่าคะแนน 4 คะแนนโดย 1 คะแนน หมายถึง มีอาการผิดปกติ/เปลี่ยนแปลงน้อย/ไม่มีอาการ ไปจนถึง 4 คะแนนซึ่งหมายถึงมีอาการผิดปกติ/เปลี่ยนแปลงมากที่สุด ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

0 - 7 คะแนน โอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ

8 - 12 คะแนน มีแนวโน้มภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

13-14 คะแนน มีอาการที่อาจจะเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอดควรจะต้องมีการป้องกัน

15-30 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงต้องได้รับการประเมิน

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมักไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสม ทำให้อาการเป็นอยู่รุนแรงขึ้นและส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ดังนั้นการคัดกรองเพื่อค้นหาเฝ้าระวังและรักษาความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ การศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรคซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อที่จะได้วางแผนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของสตรีตั้งครรภ์ในช่วงเวลาที่เหมาะสม มีความคุ้มค่ามากที่สุดในการรักษาและพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross sectional descriptive study) โดยประชากรเป็นสตรีขณะตั้งครรภ์ สตรีหลังคลอดบุตรภายใน 2 วัน และสตรีหลังคลอดบุตร 6 สัปดาห์ที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่าจังหวัดเพชรบูรณ์ วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึง 31 มกราคม



พ.ศ. 2560 เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่าง แต่ละกลุ่มต้องได้ไม่น้อยกว่า 119 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามให้ตอบด้วยตัวเองประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุรายได้ต่อเดือน รายได้ของครอบครัวอาชีพ การศึกษาสถานภาพสมรสโรคประจำตัวทางกาย โรคประจำตัวทางจิตเวช จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์การวางแผนที่จะมีลูกประวัติการมีภาวะซึมเศร้าภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ จำนวนบุตร การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ความสัมพันธ์ ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) เป็นแบบสอบถามเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ที่มีการแปลเป็นฉบับภาษาไทย จำนวน 10 ข้อ EPDS แต่ละข้อมีค่าคะแนน 4 คะแนนโดย 1 คะแนน หมายถึงมีอาการผิดปกติ/เปลี่ยนแปลงน้อย/ไม่มีอาการ ไปจนถึง 4 คะแนน ซึ่งหมายถึงมีอาการผิดปกติ/เปลี่ยนแปลงมากที่สุด

หากพบว่าอาสาสมัครที่มีคะแนน EPDS มากกว่า 15 คะแนน จะส่งปรึกษาจิตเวชเพื่อประเมิน รับการรักษา และติดตาม โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง และร้อยละสำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม

ผลการศึกษา

ประชากรศึกษาสตรีตั้งครรภ์ก่อนคลอดจำนวน 126 คน สตรีหลังคลอดภายใน 2 วันจำนวน 120 คน และสตรีหลังคลอดภายใน 6 สัปดาห์จำนวน 133 คน ข้อมูลทั่วไปของประชากรดังแสดงในตาราง 1 พบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในช่วงระหว่างตั้งครรภ์เท่ากับร้อยละ 1.6 (2 คนใน 126 คน) หลังคลอดทันทีเท่ากับร้อยละ 0.8 (1 คนใน 120 คน) และไม่พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 6 สัปดาห์ (0 คนใน 133 คน) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มสตรีตั้งครรภ์

จำนวนทั้งหมด (คน)	ก่อนคลอด n=126	หลังคลอด n=120	หลังคลอด 6 สัปดาห์ n=133
อายุ (ปี)			
11 - 20 ปี	45 (36.0%)	33 (27.7%)	51 (38.3%)
21 - 30 ปี	60 (48.0%)	59 (49.6%)	58 (43.6%)
31 - 40 ปี	19 (15.2%)	27 (22.7%)	23 (17.3%)
41 - 50 ปี	1 (0.8%)		0 1 (0.8%)
ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	23.9 ± 5.8	25.4 ± 6.5	23.7 ± 6.3
ช่วงรายได้ต่อเดือน (บาท/เดือน)			
< 10000	64 (86.5%)	55 (75.3%)	59 (89.4%)
10001 - 20000	9 (12.2%)	14 (19.2%)	5 (7.6%)
20001 - 30000	0 (0%)	4 (5.5%)	1 (1.5%)
มากกว่า 30001	1 (1.3%)	0 (0%)	1 (1.5%)

ตารางต่อ ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มสตรีตั้งครรภ์

จำนวนทั้งหมด (คน)	ก่อนคลอด n=126	หลังคลอด n=120	หลังคลอด 6 สัปดาห์ n=133
ช่วงรายได้ต่อครอบครัว (บาท/เดือน)			
< 10000	54 (59.3%)	37 (46.3%)	60 (68.2%)
10001 - 20000	27 (29.7%)	28 (35.0%)	22 (25.0%)
20001 - 30000	3 (3.3%)	7 (8.7%)	3 (3.4%)
30001 - 40000	2 (2.2%)	7 (8.7%)	2 (2.3%)
มากกว่า 40001	5 (5.5%)	1 (1.3%)	1 (1.1%)
อาชีพจำนวน (%)			
เกษตรกร	51 (40.5%)	49 (40.8%)	52 (39.7%)
รับจ้าง	23 (18.3%)	22 (18.3%)	26 (19.8%)
ค้าขาย	11 (8.7%)	13 (10.8%)	11 (8.4%)
รับราชการ	1 (0.8%)	2 (1.7%)	5 (3.8%)
พนักงาน	4 (3.2%)	10 (8.3%)	5 (3.8%)
แม่บ้าน	7 (5.6%)	7 (5.8%)	13 (9.9%)
ไม่ประกอบอาชีพ	21 (16.7%)	14 (11.7%)	15 (11.5%)
อื่นๆ	7 (6.2%)	3 (2.5%)	4(3.1%)
การศึกษา จำนวน (%)			
ต่ำกว่าประถม	4 (3.2%)	3 (2.5%)	5 (3.8%)
ประถม	25 (19.8%)	28 (23.5%)	15 (11.3%)
มัธยม	46 (36.5%)	45 (37.8%)	59 (44.4%)
มัธยมปลาย/ปวช	39 (31.0%)	38 (31.9%)	38 (28.6%)
อนุปริญญา/ปวส	5 (4.0%)	1 (0.8%)	5 (3.8%)
ปริญญาตรีขึ้นไป	7 (5.5%)	4 (3.5%)	11 (8.1%)
สถานภาพสมรส จำนวน (%)			
แต่งงานและอยู่ด้วยกัน	110 (87.3%)	102 (85.0%)	108 (81.2%)
ไม่ได้แต่งงานแต่อยู่ด้วยกัน	16 (12.7%)	14 (11.7%)	18 (13.5%)
แยกกันอยู่	0 (0%)	4 (3.3%)	5 (3.8%)
หย่า	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
หม้าย	0 (0%)	0 (0%)	2 (1.5%)


ตารางต่อ ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มสตรีตั้งครรภ์

จำนวนทั้งหมด (คน)	ก่อนคลอด n=126	หลังคลอด n=120	หลังคลอด 6 สัปดาห์ n=133
ครรภ์ที่จำนวน (%)			
ครรภ์ที่ 1	56 (46.3%)	46 (11.1%)	71 (55%)
ครรภ์ที่ 2	41 (33.9%)	30 (26.8%)	43 (33.3%)
ครรภ์ที่ 3	11 (9.1%)	26 (23.2%)	9 (7.0%)
ครรภ์ที่ 4	10 (8.3%)	6 (5.4%)	6 (4.7%)
มากกว่าครรภ์ที่ 4	3 (2.5%)	4 (3.6%)	0 (0%)
การดูแลเอาใจใส่จากคนรอบข้าง จำนวน (%)			
ได้รับการดูแลเอาใจใส่	121 (96.8%)	118 (99.2%)	127 (97.9%)
ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่	4 (3.2%)	1 (0.8%)	3 (2.1%)
วางแผนการตั้งครรภ์ จำนวน (%)			
วางแผน	74 (58.7%)	86 (72.3%)	41 (31.5%)
ไม่ได้วางแผน	52 (41.3%)	33 (27.7%)	89 (68.5%)
ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว จำนวน (%)			
ไม่มี	118 (98.4%)	112 (94.9%)	125 (97.7%)
มี	2 (1.6%)	6 (5.1%)	3 (2.3%)
ความสัมพันธ์กับสามีจำนวน (%)			
ดี	124 (99.2%)	113 (96.6%)	127 (98.4%)
ไม่ดี	1 (0.8%)	4 (3.4%)	2 (1.6%)
เคยเป็นโรคจิตเวชมาก่อนจำนวน (%)			
ไม่มี	117 (92.9%)	120 (100%)	131 (98.5%)
มี	9 (7.1%)	0 (0%)	2 (1.5%)
เคยเป็นโรคซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ จำนวน (%)			
ไม่มี	110 (97.3%)	113 (93.8%)	124 (93.9%)
มี	3 (2.7%)	5 (4.2%)	8 (6.1%)
มีโรคประจำตัวทางกาย จำนวน (%)			
ไม่มี	118 (93.7%)	109 (92.4%)	123 (93.9%)
มี	7 (5.6%)	9 (7.6%)	8 (6.1%)

ตารางต่อ ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มสตรีตั้งครรภ์

จำนวนทั้งหมด (คน)	ก่อนคลอด n=126	หลังคลอด n=120	หลังคลอด 6 สัปดาห์ n=133
ภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอดจำนวน (%)			
ไม่มี	123 (99.1%)	105 (87.5%)	123 (93.9%)
มี	1 (0.9%)	14 (11.7%)	8 (6.1%)
ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดจำนวน (%)			
ไม่มี	-	119 (100 %)	127 (97.7%)
มี	-	0 (0%)	3 (2.3%)
ความผิดปกติของทารกจำนวน (%)			
ไม่มี	-	108 (94.3%)	124 (56.1%)
มี	-	6 (5.3%)	5 (3.9%)

ตาราง 2 ระดับคะแนน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

ระดับคะแนน	ก่อนคลอด จำนวน (%)	หลังคลอดจำนวน (%)	หลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน(%)
ระดับ 1 คะแนน 0 - 7	90 (71.4%)	84(70.0%)	108(81.2%)
ระดับ 2 คะแนน 8 - 12	31 (24.6%)	35(29.2%)	25(18.8%)
ระดับ 3 คะแนน 13-14	3 (2.4%)	0 (0%)	0 (0%)
ระดับ 4 คะแนน 15-30	2 (1.6%)	1(0.8%)	0 (0%)

ระดับ 1 โอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ, ระดับ 2 มีแนวโน้มภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด, ระดับ 3 มีอาการที่อาจจะเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอด, ระดับ 4 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูง

อภิปรายผล

งานวิจัยนี้พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาที่ศึกษาโดยพบว่าลดลงเรื่อยๆ ในช่วงระหว่างตั้งครรภ์เท่ากับร้อยละ 1.6 หลังคลอดทันทีเท่ากับร้อยละ 0.8 และไม่พบภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 6 สัปดาห์ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มประชากร และในช่วงเวลาที่ศึกษาต่างกัน โดยการตรวจคัด

กรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)คะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนนดังกล่าวงานวิจัยนี้ในประชากรสตรีตั้งครรภ์ชาวอเมริกัน ช่วงขณะตั้งครรภ์ 36 สัปดาห์พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 5 ช่วงหลังคลอดทันทีพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14 และหลังคลอด 6 สัปดาห์พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14.5 ในประชากรสตรีตั้งครรภ์ชาวโมร็อกโกในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอดพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 6.9 ช่วง 6 เดือนหลังคลอดพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.8 และช่วง 9 เดือนหลังคลอดพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 5.6⁷ ในประชากรนอร์เวย์มีการศึกษาโดยใช้คะแนน EPDS มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน ในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอดพบความชุกภาวะซึม



เศร้าร้อยละ 10.14 มีการศึกษาในประเทศไทยโดยใช้คะแนน EPSD ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน พบความชุกภาวะซึมเศร้าในช่วงการตั้งครรภ์ 36 - 40 สัปดาห์ร้อยละ 20.5 และพบความชุกภาวะซึมเศร้าในช่วงหลังคลอด 6 - 8 สัปดาห์ร้อยละ 16.8⁹ จะเห็นว่าในงานวิจัยนี้กลุ่มประชากรที่ศึกษามีความชุกของภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ค่อนข้างต่ำกว่าประชากรในการศึกษาอื่น

มีการใช้เครื่องมือการตรวจคัดกรองอื่นในการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Postpartum Depression Screening Scales (PDSS) ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ชนพื้นเมืองอเมริกันพบความชุกถึงร้อยละ 23⁶ ใช้เครื่องมือคัดกรอง Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) พบความชุกร้อยละ 10 และในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีความพิการพบความชุกสูงถึงร้อยละ 28.9³ การตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Hamilton Scale for Depression ในบราซิลพบความชุกร้อยละ 19.1²

การศึกษารวบรวมปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์พบความชุกสูงในกลุ่มตั้งครรภ์แรก มารดาอายุมากกว่า 36 ปี⁴ กลุ่มมารดาที่มีความพิการ³ กลุ่มประชากรรายได้ต่ำ มารดาที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม² มารดาที่มีความวิตกกังวล มีความเครียด ขาดการดูแลเอาใจใส่จากคนรอบข้างหรือคนใกล้ชิดมีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว การศึกษาต่ำ สุขบุหรื คุณแม่เลี้ยงเดี่ยว ความสัมพันธ์ไม่ดี¹⁸ เคยมีภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์หรือหลังคลอดมาก่อน^{19,20} จากงานวิจัยนี้พบว่าสตรีที่พบภาวะซึมเศร้าในช่วงก่อนคลอดทั้ง 2 รายจะเป็นสตรีที่ไม่มีการวางแผนที่จะมีบุตรคาดว่าจะ เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์แต่ไม่สามารถหาความสัมพันธ์ได้แน่ชัดเนื่องจากจำนวนคนที่เกิดภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์น้อยเกินไปในการหาความสัมพันธ์ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ในประชากรที่ศึกษาลดลงโดยขณะตั้งครรภ์พบมากที่สุด ลดลงมาในช่วงหลังคลอดทันที และไม่พบในหลังคลอด 6 สัปดาห์ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของประชากรคาดว่าน่าจะเกิดเนื่องจากปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์พบได้น้อย ส่วนมากเป็นครอบครัวขยาย ความสัมพันธ์ในครอบครัวดี ไม่มีภาวะรุนแรงในครอบครัว

อีกทั้งเมื่อตรวจคัดกรองพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์จะมีการให้คำแนะนำ ติดตามต่อเนื่องโดยทีมจิตเวชของโรงพยาบาลและออกเยี่ยมบ้าน น่าจะเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ความชุก เมื่อติดตามในกลุ่มหลังคลอดทันทีลดลง และไม่พบในช่วงหลังคลอด 6 สัปดาห์ ซึ่งสนับสนุนว่าการรักษาภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ที่สำคัญที่สุดคือการป้องกัน^{21,22} การให้คำปรึกษา แนะนำ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ การเยี่ยมบ้าน การดูแลเฉพาะกลุ่ม เช่น คัดกรองแล้วมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์สูง เป็นต้น สามารถรักษากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงน้อยจนถึงรุนแรงมากได้ดีกว่าการใช้ยาต้านอาการซึมเศร้า²² มีการศึกษาพบว่าคัดกรองพบภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์แล้วสามารถส่งเข้ารับการรักษาทางจิตเวชได้คือ ช่วงตั้งครรภ์ 36 สัปดาห์ร้อยละ 33 ช่วงหลังคลอดทันทีร้อยละ 100 และช่วงหลังคลอด 6 สัปดาห์ร้อยละ 15⁵

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ที่การคัดกรองที่เหมาะสมควรทำใน 2 ช่วงคือในช่วงขณะตั้งครรภ์ที่พบความชุกภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์สูงสุด และตรวจคัดกรองซ้ำช่วงหลังคลอดทันที เพราะการตรวจคัดกรองพบแล้วสามารถส่งรักษาทางจิตเวชได้ดีที่สุด เข้าถึงบริการได้ดีคือช่วงหลังคลอดทันทีและความชุกของภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนน้อยจึงไม่สามารถหาความเสี่ยงของการเกิดโรคได้ในกลุ่มประชากรได้ หากต้องการศึกษาความเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ของกลุ่มประชากรนี้ควรเก็บข้อมูลกลุ่มประชากรศึกษามากกว่านี้

เอกสารอ้างอิง

1. Poo FA, Espejo SC, Godoy PC, Gualda de la CM, Hernandez OT, Perez HC. Prevalence and risk factors associated with postpartum depression in puerperal women consulting in primary care. Rev Med Chil. 2008 Jan;136(1):44-52.



2. Moraes IG, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PL, Faria AD. Prevalence of postpartum depression and associated factors. *Rev Saude Publica*. 2006 Feb;40(1):65-70.
3. Mitra M, Iezzoni LI, Zhang J, Long-Bellil LM, Smeltzer SC, Barton BA. Prevalence and risk factors for postpartum depression symptoms among women with disabilities. *Matern Child Health J*. Feb;19(2):362-72.
4. Glavin K, Smith L, Sorum R. Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scand J Caring Sci*. 2009 Dec;23(4):705-10.
5. Burton A, Patel S, Kaminsky L, Rosario GD, Young R, Fitzsimmons A, et al. Depression in pregnancy: time of screening and access to psychiatric care. *J Matern Fetal Neonatal Med*. Nov;24(11):1321-4.
6. Baker L, Cross S, Greaver L, Wei G, Lewis R. Prevalence of postpartum depression in a native American population. *Matern Child Health J*. 2005 Mar;9(1):21-5.
7. Agoub M, Moussaoui D, Battas O. Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health*. 2005 May;8(1):37-43.
8. Liabsuetrakul T, Vittayanont A, Pitanupong J. Clinical applications of anxiety, social support, stressors, and self-esteem measured during pregnancy and postpartum for screening postpartum depression in Thai women. *J Obstet Gynaecol Res*. 2007 Jun;33(3):333-40.
9. Limlomwongse N, Liabsuetrakul T. Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6-8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health*. 2006 May;9(3):131-8.
10. Panyayong B. Postpartum depression among Thai women: a national survey. *J Med Assoc Thai*. Jul;96(7):761-7.
11. Serhan N, Ege E, Ayranci U, Kosgeroglu N. Prevalence of postpartum depression in mothers and fathers and its correlates. *J Clin Nurs*. Jan;22(1-2):279-84.
12. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol*. May;125(5):1268-71.
13. Chaaya M, Campbell OM, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Womens Ment Health*. 2002 Oct;5(2):65-72.
14. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun;150:782-6.
15. Vittayanont A, Liabsuetrakul T, Pitanupong J. Development of Postpartum Depression Screening Scale (PDSS): a Thai version for screening postpartum depression. *J Med Assoc Thai*. 2006 Jan;89(1):1-7.
16. Pitanupong J, Liabsuetrakul T, Vittayanont A. Validation of the Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Res*. 2007 Jan 15;149(1-3):253-9.



17. Hanusa BH, Scholle SH, Haskett RF, Spadaro K, Wisner KL. Screening for depression in the postpartum period: a comparison of three instruments. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008 May;17(4):585-96.
18. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. Jan;202(1):5-14.
19. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004 Jul-Aug;26(4):289-95.
20. Bjerke SE, Vangen S, Nordhagen R, Ytterdahl T, Magnus P, Stray-Pedersen B. Postpartum depression among Pakistani women in Norway: prevalence and risk factors. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2008 Dec;21(12):889-94.
21. Dennis CL, Creedy D. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 Oct 18(4):CD001134.
22. Stuart S, Koleva H. Psychological treatments for perinatal depression. *Best Pract Res Clin ObstetGynaecol*. Jan;28(1):61-70.