



# ความสัมพันธ์ระหว่างการคลอดและสุขภาพ ของการรกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในโรงพยาบาลรามาริบัติ

เอกชัย เพ็ชรพรประภาส พบ.

มาโนช หล่อตระกูล พบ.

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สุขภาพของทารกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในมารดาในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด

**วิธีการ** ทำการศึกษามารดาซึ่งมารับการตรวจหลังคลอดบุตร 6 สัปดาห์ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 200 ราย เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และสุขภาพของทารก ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยแบบประเมิน Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทย ใช้จุดตัดคะแนนที่ 12/13

**ผลการศึกษา** ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์หลังคลอด เท่ากับร้อยละ 25 เมื่อวิเคราะห์โดยวิธี univariate พบว่ามี 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่ การอาศัยอยู่กับสามี ( $p=0.03$ ) ประวัติภาวะซึมเศร้าภายหลังหรือระหว่างการตั้งครรภ์ ( $p=0.01$ ) ความวิตกกังวลในการมีบุตร ( $p=0.01$ ) และทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม ( $p=0.01$ ) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทั้งสี่ปัจจัยโดยวิธี multiple logistic regression พบว่า ประวัติซึมเศร้าภายหลังหรือระหว่างการตั้งครรภ์ ( $p=0.04$ ) และทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม ( $p=0.04$ ) เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ

**สรุป** ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลรามาริบัติ สูงกว่าการศึกษาในประเทศทางตะวันตกโดยปัจจัยที่มีความสำคัญทางสถิติ คือ ประวัติซึมเศร้าภายหลังหรือระหว่างการตั้งครรภ์ และทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม

**คำสำคัญ** Edinburgh Postnatal Depression Scale, ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552; 54(1): 29-36

\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400



# Postpartum Depression: its Relationship to Childbirth and Child Health at Ramathibodi Hospital

*Ekkachai Petpornprapas M.D. \**

*Manote Lotrakul M.D. \**

## Abstract

**Objective:** To examine the prevalence of postpartum depression and its relationship to childbirth and child health at 6 weeks after labor.

**Methods:** Two hundred women who gave birth at and returned to receive 6 weeks after labor care at Ramathibodi hospital were recruited in a cross-sectional study. Demographic, obstetric, childbirth and child health factors were examined. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Thai version with the cut-point of 12/13 was used to identify cases of postpartum depression.

**Results:** The prevalence of postpartum depression according to the EPDS Thai version at 6 weeks was 25%. Univariate analyses revealed four factors significantly associated with postpartum depression: living with husband ( $p=0.03$ ), history of depression after/during pregnancy ( $p=0.01$ ), anxiety about the baby ( $p=0.01$ ) and low birth weight infants (below 2,500 gm) ( $p=0.01$ ). Further analysis with multiple logistic regression showed that only two factors remained significantly associated with postpartum depression, i.e. history of depression after/during pregnancy ( $p=0.04$ ) and low birth weight infants ( $p=0.04$ ).

**Conclusions:** The prevalence rate of postpartum depression at Ramathibodi hospital is higher than those found in western countries. Significant predicting factors for postpartum depression were history of depression and low birth weight infants.

**Keyword:** Edinburgh Postnatal Depression Scale, postpartum depression

J Psychiatr Assoc Thailand 2009; 54(1): 29-36

\* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400

## บทนำ

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) เป็นภาวะที่พบได้บ่อย ความชุกประมาณร้อยละ 10-15<sup>1</sup> ผู้ป่วยจะมีอาการเหมือนโรคซึมเศร้า ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดแรงแรง วิดกกังวล ร้องไห้ นอนไม่หลับ สมาธิแยลง ผู้ป่วยอาจมีความคิดอยากตายหรือทำร้ายตัวเอง ซึ่งจะแตกต่างจากอารมณ์เศร้าหลังคลอด (postpartum blues) โดยอารมณ์เศร้าหลังคลอดจะมีอาการรุนแรงน้อยกว่า มักเริ่มเป็นในวันที่ 3 หรือ 4 หลังคลอด และหายเองภายใน 2 สัปดาห์<sup>2</sup> ขณะที่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบได้สูงสุทธระหว่าง 4 ถึง 10 สัปดาห์หลังคลอด<sup>3</sup> โดยสาเหตุยังไม่ทราบชัดเจน จากการศึกษาที่ผ่านมาเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ความเสี่ยงทางชีวภาพ และความกดดันทางจิตสังคม โดยการเปลี่ยนแปลงสถานะสู่การเป็นมารดาจัดว่าเป็นความกดดันในชีวิตที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าหลังคลอดได้ ความเสี่ยงที่มีความสำคัญ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ และประวัติเคยมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมาก่อน ความเสี่ยงอื่นที่เกี่ยวข้อง คือ ความวิตกกังวล การขาดการสนับสนุน บุคลิกภาพเดิม และการสูบบุหรี่ เป็นต้น<sup>2,5-6</sup>

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมักไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเป็นนาน เรื้อรัง เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าในสามีนำไปสู่การขาดความสนใจดูแลทารก ทำให้เกิดปัญหาด้านเซาว์ปัญญา อารมณ์ และพฤติกรรมตามมาได้<sup>3</sup> ในโรงพยาบาลรามาธิบดีมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอด โดยใช้แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยพบความชุกร้อยละ 2.8<sup>7</sup> การศึกษาที่ผ่านมาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยใช้ Edinburgh Postnatal Depression Scale ฉบับภาษาไทยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 9.5 และ 5.7 ตามลำดับ<sup>8,9</sup> วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ได้แก่ เพื่อหา

ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอดในโรงพยาบาลรามาธิบดี และเพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

## วิธีการ

จากการศึกษาเป็นการศึกษาตามขวาง (cross-sectional study) โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ประชากรกลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่คลอดที่โรงพยาบาลรามาธิบดี และมารับการตรวจในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอดที่คลินิกวางแผนครอบครัว แผนกสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2551 ถึง พฤษภาคม 2551 จำนวน 200 รายโดยผู้ป่วยยินดีให้ข้อมูล และไม่ป่วยเป็นโรครุนแรงทางกายและทางจิตเวชที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 1) ลักษณะทั่วไปทางประชากร ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ครอบครัว การศึกษา สิทธิการรักษา และการอาศัยอยู่กับสามี 2) ประวัติสุขภาพมารดาและการตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนการตั้งครรภ์ จำนวนการแท้ง ปัญหาสุขภาพขณะตั้งครรภ์ (ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไทรอยด์ผิดปกติ) โรคประจำตัวทางจิตเวช (โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวน โรควิตกกังวล) ประวัติซึมเศร้าหลังคลอดหรือขณะตั้งครรภ์ และ ความวิตกกังวลในการมีบุตร 3) ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดและทารก ได้แก่ อายุครรภ์ เพศทารก วิธีการคลอด ส่วนนำของทารก น้ำหนักแรกคลอด ค่าคะแนน Apgar ที่ 1, 5 และ 10 นาที ปริมาณเลือดที่เสียจากการคลอด (blood loss) และภาวะแทรกซ้อนของทารก และ 4) แบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทยโดยถือว่ามีภาวะซึมเศร้าที่ค่าคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 13 ซึ่งมีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 34 และค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 97<sup>10-11</sup>

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows version 11.5 แบ่งเป็นวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลเบื้องต้นโดยแสดงค่าเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ช่วง และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลแบบ univariate เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยวิธี chi-square test สำหรับข้อมูลแบบ categorical และใช้วิธี student t-test สำหรับข้อมูลแบบ continuous จากนั้นนำข้อมูลที่มีความสำคัญทางสถิติมาวิเคราะห์ร่วมกันโดยวิธี multiple logistic regression เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

## ผลการศึกษา

จำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 200 ราย มีอายุเฉลี่ย 29.2±5.5 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน/รับจ้าง (ร้อยละ 40.5) และแม่บ้าน (ร้อยละ 29) จบการศึกษาระดับมัธยมหรือปวช.(ร้อยละ 39.7) และระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 32) รายได้ครอบครัว โดยเฉลี่ย 19,540±12,204 บาทต่อเดือน ร้อยละ 92.3 ของผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามี และร้อยละ 39.5 ใช้สิทธิ์ประกันสังคม

ด้านประวัติสุขภาพของมารดาและการตั้งครรภ์ พบว่า ร้อยละ 50.5 เป็นครรภ์แรก ร้อยละ 23.5 มีประวัติเคยแท้ง ร้อยละ 14 มีปัญหาสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 9) และโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 4) ร้อยละ 25 มีประวัติอารมณ์ซึมเศร้า ได้แก่ มีอารมณ์ซึมเศร้าหลังคลอดครรภ์ที่แล้ว (ร้อยละ 3) และมีอารมณ์ซึมเศร้าในขณะที่ตั้งครรภ์ครั้งนี้ (ร้อยละ 22)

ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดและสุขภาพของทารก พบว่า ร้อยละ 59.5 คลอดโดยวิธีธรรมชาติ น้ำหนักทารกแรกคลอดเฉลี่ย 3,109±530 กรัม ทารกร้อยละ 3.5 มีความผิดปกติ ได้แก่ การหายใจผิดปกติ (respiratory distress) 3 ราย ผ่น้ำงท้องเปิด (gastroschisis) 1 ราย ปากแหว่งเพดานโหว่ 1 ราย คลอดติดไหล่ (shoulder

dystocia) 1 ราย น้ำหนักทารกน้อยกว่า 1,500 กรัม 1 ราย พบผู้ป่วยร้อยละ 25 มีคะแนน EPDS มากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน ซึ่งถือว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 22 คะแนน mean= 8.9±5.2)

## ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคลอด ได้แก่ วิธีการคลอด เพศของทารก ส่วนนำทารก และภาวะแทรกซ้อนของทารก จากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Chi-square ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดกับมารดาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ผลการวิเคราะห์โดยวิธี student t-test ในปัจจัยด้านต่างๆ ต่อไปนี้ ได้แก่ อายุของมารดา รายได้ครอบครัว อายุครรภ์ จำนวนการตั้งครรภ์ จำนวนการคลอด จำนวนการแท้ง คะแนน Apgar ที่ 1, 5 และ 10 นาที และปริมาณเลือดที่เสีย ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดกับมารดาที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ปัจจัยที่อื่นๆ ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (ตารางที่ 1) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 4 ปัจจัย ได้แก่ การอาศัยอยู่กับสามี (p=0.03) ประวัติซึมเศร้าภายหลังหรือระหว่างการตั้งครรภ์ (p=0.01) ความวิตกกังวลในการมีบุตร (p=0.01) และทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม (p=0.01) เมื่อนำปัจจัยทั้งสี่นี้มาวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อดูความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดโดยวิธี multiple logistic regression พบว่าปัจจัยเกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ประวัติซึมเศร้าภายหลังหรือระหว่างการตั้งครรภ์ (odds ratio = 2.35, 95%CI=1.01-5.25, p=0.04) และทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม (odds ratio = 3.05, 95%CI=1.04-8.97, p=0.04)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลประชากรทั่วไป และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

	ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อาชีพ			0.90
ข้าราชการ/พนักงาน	26 (17.3)	9 (18)	
รัฐวิสาหกิจ			
พนักงานบริษัทเอกชน/รับจ้าง	62 (41.3)	19 (38)	
ธุรกิจส่วนตัว	13 (8.7)	5 (10)	
แม่บ้าน	42 (28)	16 (32)	
อื่นๆ	7 (4.7)	1 (2)	
การศึกษา			0.14
ต่ำกว่าประถม	13 (8.7)	9 (18)	
มัธยม/ปวช.	61 (40.7)	17 (34)	
อนุปริญญา/ปวส.	17 (11.3)	9 (18)	
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	59 (39.3)	15 (30)	
สิทธิ์การรักษา			0.14
เบิกต้นสังกัด	36 (24)	11 (22)	
ประกันสังคม	65 (43.3)	14 (28)	
บัตรทองประกันสุขภาพ	3 (2)	1 (2)	
ชำระเงินเอง	46 (30.7)	24 (48)	
การอาศัยอยู่กับสามี			0.03*
อาศัยอยู่กับสามี	140 (94.6)	40 (85.1)	
ไม่ได้อาศัยอยู่กับสามี	8 (5.4)	7 (14.9)	
ปัญหาสุขภาพขณะตั้งครรภ์			0.16
ไม่มี	132 (88)	40 (80)	
มี (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน)	18 (12)	10 (20)	
โรคประจำตัวทางจิตเวช			0.41
ไม่มี	149 (99.3)	49 (99)	
มี (โรคอารมณ์แปรปรวน)	1 (0.7)	1 (1)	
ประวัติซึมเศร้าหลังคลอด/ขณะตั้งครรภ์			0.00*
ไม่มี	120 (80.5)	27 (57.4)	
มี	29 (19.5)	20 (42.6)	
ความวิตกกังวลในการมีบุตร			0.01*
ไม่มี	78 (52.3)	17 (35.4)	
น้อย	34 (22.8)	8 (16.7)	
ปานกลาง	28 (18.8)	21 (43.7)	
มาก	9 (6)	2 (4.2)	
น้ำหนักแรกคลอด			0.01*
< 2500 กรัม	11 (7.3)	10 (20)	
≥ 2500 กรัม	139 (92.7)	40 (80)	

\* p < 0.05

## อภิปราย

จากการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์หลังคลอด โดยใช้ EPDS ฉบับภาษาไทยเท่ากับร้อยละ 25 ซึ่งมากกว่าการศึกษาในประเทศตะวันตกและประเทศจีนที่พบประมาณร้อยละ 10-15<sup>1,12</sup> แต่ใกล้เคียงกับประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่น ประเทศมาเลเซียพบร้อยละ 20.7<sup>13</sup>, ประเทศเวียดนามพบร้อยละ 33<sup>14</sup> และประเทศฮ่องกงพบร้อยละ 37.1<sup>15</sup> สาเหตุของผลการศึกษาที่แตกต่างกันขึ้นกับ เกณฑ์การวินิจฉัย เครื่องมือที่ใช้ระยะเวลาที่ทำการศึกษา และความแตกต่างของปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา<sup>16</sup> โดยปัจจัยเรื่องเครื่องมือมักเป็นจากแบบสอบถามคัดกรอง (questionnaire screening) ที่แตกต่างกัน เครื่องมือที่นิยมใช้ได้แก่ Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)<sup>17</sup>, Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)<sup>18</sup> และ Antepartum Questionnaire (APQ)<sup>19</sup> และปัจจัยเรื่องระยะเวลาที่ทำการศึกษาพบว่า มีการศึกษาที่ใช้ EPDS คัดกรองตั้งแต่ วันที่ 3 และ 5 หลังคลอด เปรียบเทียบกับ 4 และ 8 สัปดาห์หลังคลอด พบว่าผู้หญิงที่มีค่า EPDS > 9/30 คะแนน ในสัปดาห์แรกหลังคลอด มีความเสี่ยงที่จะมีอาการซึมเศร้าที่ 4 และ 8 สัปดาห์หลังคลอดเป็น 30.3 และ 19.1 เท่าตามลำดับ<sup>3</sup>

จากการหาความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามเมื่อนำปัจจัยเหล่านั้นมาวิเคราะห์ต่อด้วยวิธี multiple logistic regression พบว่ามีปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียง 2 ปัจจัย ได้แก่ ประวัติซึมเศร้าหลังคลอดหรือขณะตั้งครรภ์ และทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าประวัติส่วนบุคคลในด้านอารมณ์ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ โรคอารมณ์ซึมเศร้าก่อนมีประจำเดือน (premenstrual

dysphoric disorder: PMDD) และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression: PDD) รวมทั้งภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ (prenatal depression) ในทุกไตรมาส พบว่ามีโอกาสเกิดซ้ำของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดถึงร้อยละ 50 ในรายที่มีประวัติเคยเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมาก่อน<sup>1,2</sup> ส่วนทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม แสดงถึงความไม่สมบูรณ์ของทารกและเกี่ยวข้องกับอาการเพิ่มโรคที่พบรวม (morbidity) และอัตราการตายในทารกแรกคลอด (mortality) อาจมีผลทำให้มารดากังวลว่าทารกอาจไม่สมบูรณ์และสงสัยในความสามารถของตนเองว่าจะดูแลทารกที่ไม่สมบูรณ์ได้ไม่ดี ทั้งยังพบว่ามารดาที่ซึมเศร้าหรือวิตกกังวลมักจะมีมุมมองความไม่สมบูรณ์ของทารกในแง่ลบเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่ไม่มีปัญหาทางสุขภาพจิต<sup>5,20</sup>

ข้อจำกัดในการศึกษานี้ ได้แก่ การศึกษานี้ใช้แบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งเป็นแบบประเมินชนิดให้ผู้ป่วยตอบเอง อาจมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่เข้ากับกรวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ซึ่งต้องวินิจฉัยโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคระบบ DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition text revision) และมารดาหลังคลอดที่มารับตรวจที่โรงพยาบาลรามาริบัติเป็นกลุ่มประชากรในเมืองใหญ่ ซึ่งอาจมีลักษณะแตกต่างไปจากกลุ่มประชากรอื่น เช่น มารดาในชนบท นอกจากนี้ การศึกษานี้เป็นการศึกษาตามขวาง ผลที่ได้จึงสรุปได้เพียงว่ามีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แต่ไม่สามารถระบุได้ว่าปัจจัยเหล่านี้ชักนำทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จากข้อจำกัดดังกล่าวการศึกษาต่อไปควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายในด้านประชากรศาสตร์ การศึกษาควรเป็นแบบ prospective design และควรมีการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ DSM-IV-TR

## สรุป

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบได้บ่อย ในการศึกษาที่พบถึงร้อยละ 25 มารดาที่มีลักษณะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้แก่ มารดาที่มีประวัติซึมเศร้าภายหลังหรือขณะตั้งครรภ์ และการมีทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งควรมีการเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในผู้ป่วยเหล่านี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Davey HL, Tough SC, Adair CE, Benzie KM. Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. *Matern Child Health J* 2008; 7. [Epub ahead of print]
2. Andrews-Fike C. A review of postpartum depression: primary care companion. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 1999; 1:9-14.
3. Jardri R, Pelta J, Maron M, Thomas P. Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *J Affect Disord* 2006; 93:169-76.
4. Davis S, Cross J, Lind BK. Exploring the postpartum adjustment questionnaire as a predictor of postpartum depression: *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008; 37:622-30.
5. Nakku JEM, Nakasi G, Mirembe F. Postpartum major depression at six week in primary health care: prevalence and associated factors. *Afr Health Sci* 2006; 6:207-14.
6. McCoy SJB, Beal JM, Shipman SBM. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *J Am Osteopath Assoc* 2006; 106:193-8.
7. พรศรี ดิสรเทติวัฒน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการวิตกกังวล-ภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลรามธิบดี : การวิเคราะห์การถดถอยแบบลอจิสติก [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
8. จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, กมลรัตน์ วัชรภรณ์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2548; 23:249-54.
9. อุดรี ศรีสุทัศน์วงษ์. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
10. กมลรัตน์ วัชรภรณ์, จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, นิคานต์ สำอางศรี. การประเมินแบบสอบถาม Edinburgh Postpartum Depression Scale ฉบับภาษาไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2548; 11:164-9.
11. Pitanupong J, Liabsuetrakul T, Vittayanont A. Validation of the Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Res* 2007; 149:253-9.
12. Wan E, Moyer CA, Harlow SD, Fan Z. Postpartum depression and traditional postpartum care in China: Role of Zuoyuezi. *Int J Gynecol Obstetr* 2009; 104:209-13.
13. Azidah AK, Shaiful BI, Rusli N. Postnatal Depression and socio-cultural practice among postnatal mothers in Kota Bahru, Kelantan, Malaysia. *Med J Malaysia* 2006; 61:76-83.
14. Fisher JR, Morrow MM, Ngoc NT. Prevalence, nature, severity and correlates of postpartum depressive symptoms in Vietnam. *BJOG* 2004; 111:1353-60.

15. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression: *Obstet Gynecol* 2007; 110:1102-12.
16. 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; 89:1-7.
17. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150:782-6.
18. Beck CT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nurs Res* 2000; 49:272-82.
19. Posner NA, Unterman RR, Williams KN. Screening for postpartum depression. An antepartum questionnaire. *J Reprod Med* 1997; 42:207-15.
20. Helbreich U. The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions--The need for interdisciplinary integration. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193:1312-22.