



ความชุกของโรคซึมเศร้าในสตรีมีครรภ์ ที่เข้ารับการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช

นันทวัช สิทธิรักษ์ พบ.*, รจนพรรณ นันทิทรภพ พบ.*,
กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ พบ.*, วิบูลพรรณ จิตะดิติก พบ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาถึงความชุกของโรคซึมเศร้าระหว่างการตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราช 2) เพื่อทราบความไวและความจำเพาะของแบบสอบถามสองคำถามสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Two-question screening for depression, Thai version) 3) เพื่อศึกษาลักษณะปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าระหว่างการตั้งครรภ์

วิธีการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการสำรวจภาคตัดขวางโดยให้สตรีตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามสองคำถามสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย สตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ผลการตอบแบบสอบถามคัดกรองเป็น “บวก” ทุกรายจะได้รับการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม Diagnostic Interview for Genetics Studies, Thai version (Th-DIGS) ในเฉพาะส่วนของโรคซึมเศร้า สตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ผลการตอบแบบสอบถามคัดกรองเป็น “ลบ” จะได้รับการสุ่มแบบ Simple random ในจำนวนที่เท่ากับกลุ่มที่ได้ผลการคัดกรองเป็นบวกเพื่อรับการสัมภาษณ์ด้วย Th-DIGS ในเฉพาะส่วนของโรคซึมเศร้าเช่นกัน การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV TR) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ SPSS 10.0 คำนวณหา sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value และ prevalence rate การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าโดยใช้สถิติ chi-square

ผลการศึกษา มีสตรีตั้งครรภ์จำนวน 300 คน สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย พบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามสองคำถามเป็นบวกจำนวน 40 คน และเป็นลบจำนวน 260 คน คิดค่าความชุกของโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ในสตรีตั้งครรภ์เป็นร้อยละ 10.3 ความไว และความจำเพาะของแบบสอบถามสองคำถามสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทยมีค่าร้อยละ 95.5 และร้อยละ 69.2 positive predictive value (PPV) และ negative predictive value (NPV) มีค่าร้อยละ 56.8 และร้อยละ 97.2 ตามลำดับ ไม่พบปัจจัยเสี่ยงใดมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป ความชุกของโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ในสตรีตั้งครรภ์มีค่าร้อยละ 10.3 แบบสอบถามสองคำถามสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือที่ดีในการช่วยคัดกรองโรคซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์

คำสำคัญ โรคซึมเศร้า แบบสอบถามสองคำถามสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้า สตรีตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง ความชุก

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2553; 55(1): 15-26

* คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ



The Prevalence of Major depressive disorder during Pregnancy at the Antenatal Care Clinic, Siriraj Hospital

Nanthawat Sitdhiraksa M.D., Rojanaphun Nandidarbha M.D.*,
Kanokwan Limsrichareon M.D.*, Wiboolpan Thitadilok M.D.**

Abstract

Objectives: 1) To study the prevalence of major depressive disorder in pregnant women in Siriraj ANC Clinic. 2) To determine the sensitivity and specificity of the Two-question screening for depression, Thai-version. 3) To study factors that correlate with antenatal major depressive disorder.

Method: To study the prevalence of major depressive disorder in pregnant women at the Siriraj ANC Clinic, by a cross sectional survey, the first step was to identify depression in pregnant women who voluntarily enrolled in this study, by the self-rated Two-question Screening for Depression, Thai-version. Every subject with positive screening result was further interviewed using the Thai version of the Diagnostic Interview for Genetics Studies, Th-DIGS, major depression section. Subjects with negative screening result were randomly selected equal to the positive screening result group and then were further interviewed using the Th-DIGS, major depression section. Diagnosis of Major Depressive Disorder was according to DSM-IV TR. SPSS 10.0 and chi square test were used to analyze the data. Sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value and prevalence were calculated.

Results: There were 300 pregnant women that participated in this study. The prevalence rate of major depressive disorder in pregnant woman in Siriraj ANC Clinic was 10.3%. Sensitivity and specificity of Thai-version Two-question Screening for Depression were 95.5% and 69.2%. Positive predictive value and negative predictive value were 56.8% and 97.2%. There was no significant correlation in any risk factors associated with major depressive disorder in pregnant women at p -value < 0.05.

Conclusion: The prevalence of antenatal major depressive disorder in Siriraj ANC Clinic was 10.3%. The Two-question screening for depression, Thai-version is a good choice for screening depression in antenatal care.

Keywords: major depressive disorder, Two-question screening, pregnancy, risk factors, prevalence

J Psychiatr Assoc Thailand 2010; 55(1): 15-26

* Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University. Bangkoknoi Bangkok

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน ครอบครัว และสังคม องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพพลภาพเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจ²⁻³ ความชุกของการเป็นโรคซึมเศร้า ในประเทศไทยคือ ร้อยละ 19.6 พบได้ตั้งแต่วัยรุ่นไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ ประชากรผู้ใหญ่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์มีความเสี่ยงในการที่จะเกิดโรคซึมเศร้าได้บ่อย⁴

จากการศึกษาวิจัยต่างๆ พบว่ามีความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าของสตรีในช่วงวัยเจริญพันธุ์อยู่ระหว่าง 10-25% และโดยเฉพาะช่วงตั้งครรภ์ ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสรีรวิทยา ระดับฮอร์โมน และทางจิตใจ⁷⁻⁸ ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ โดยพบความชุกอยู่ประมาณ 7.4-12.8%⁹ โรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับสตรีมีครรภ์ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์เอง แต่ยังส่งผลกระทบต่อเด็กทารกและครอบครัวด้วย¹⁰ โดยมีผลกระทบในแง่ลบทางด้านพฤติกรรมต่างๆ ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีโรคซึมเศร้าเช่น ละเลยในเรื่องของการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองหรือการบำรุงครรภ์ ความร่วมมือในการฝากครรภ์ตามที่แพทย์นัดน้อยลง หันไปใช้ยาเสพติดเพื่อช่วยให้อารมณ์ซึมเศร้าดีขึ้นและมีความคิดที่อยากทำร้ายตนเอง¹¹ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนเกิดผลเสียต่อทารก ทำให้ทารกในครรภ์มีภาวะเจริญเติบโตช้า (IUGR) ร่วมกับมีน้ำหนักตัวน้อย (low birth weight) และมารดาเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด¹² นอกจากนี้โรคซึมเศร้าในสตรีมีครรภ์ยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ชีวิตสมรสและเป็นภาวะความตึงเครียดในครอบครัว หากไม่ได้รับการรักษา ก่อนคลอดจะเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดได้สูง¹³ และมีปัญหาการเลี้ยงดูที่ไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างมารดาที่ซึมเศร้ากับบุตร¹⁴ ส่งผลต่อการพัฒนาของเด็กแรกเกิดไปจนถึงขวบปีแรก¹⁵

โรคซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์เกิดจากปัจจัยหลายด้านทั้งที่เป็นบุคลิกภาพของสตรีตั้งครรภ์ ลักษณะ low-self esteem, มองโลกในแง่ร้าย (negative cognitive style)¹⁶ การที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าก่อนการตั้งครรภ์หรือการหยุดยาด้านซึมเศร้าระหว่างการตั้งครรภ์ การแท้งบุตร ความวิตกกังวลต่อการตั้งครรภ์ ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ปัญหาด้านการเงิน และไม่มี supporting system ที่ดี¹⁷ มีการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 20 สัปดาห์ ใน รพ.ศิริราช พบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตสูงถึง 17.3% โดยมีปัจจัยที่เชื่อว่าทำให้มีปัญหาทางสุขภาพจิต ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ความเครียดในการดูแลสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว และปัญหาด้านการเงิน¹⁸ ในประเทศไทยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ในช่วงตั้งครรภ์ไตรมาสที่สามอยู่ที่ 20.5%¹⁹ และ 36.3%²⁰ การดูแลสุขภาพจิตในปัจจุบันจะมุ่งเน้นไปในด้านการดูแลสุขภาพ ในขณะที่การประเมินภาวะทางด้านจิตใจอาจถูกมองข้ามไป มีความพยายามที่จะพัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะซึมเศร้าในช่วงระหว่างตั้งครรภ์อย่างหลากหลาย ซึ่งคณะผู้วิจัยมีจุดประสงค์ที่จะศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรคซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ ทดสอบความไวและความจำเพาะของแบบสอบถามสองคำถามสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Two-question screening for depression, Thai version) ในสตรีตั้งครรภ์และศึกษาถึงลักษณะปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ที่มีโรคซึมเศร้าระหว่างการตั้งครรภ์และให้การรักษาได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วิธีการศึกษา

ใช้การสำรวจภาคตัดขวาง (cross sectional survey) ดำเนินการระหว่างวันที่ 15 ธ.ค. 51 - 15 มี.ค. 52 โดยโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ประชากรที่ศึกษาเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์
ในคลินิกฝากครรภ์ รพ. ศิริราช จำนวนทั้งหมด 300 คน
ขนาดประชากรมาจากการคำนวณโดยการคาดการณ์
ความชุก (p) จากการศึกษาที่มีมาก่อนเฉลี่ยอยู่ที่
25%^{7-8,9,19,20} ค่า Confidence interval ที่ 95 % ค่า Z = 1.96
จึงคำนวณขนาดประชากรจากสูตร

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)}{d^2}$$
$$n = \frac{1.96^2 0.25(1-0.25)}{0.05^2}$$
$$n = 288$$

เผื่อค่าความผิดพลาดไว้ที่ 5% จึงคำนวณขนาด
ประชากรที่นำมาศึกษาไว้ที่ 300 ราย

เกณฑ์ในการเข้าร่วมงานศึกษาวิจัย (Inclusion
criteria)

- สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไปและ
สามารถเข้าใจภาษาไทยดีพอที่จะตอบแบบสอบถามได้

เกณฑ์ในการคัดออกจากงานศึกษาวิจัย
(Exclusion criteria)

- สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหาการได้ยินบกพร่อง
จนไม่สามารถสื่อสารเข้าใจได้

- มีสติปัญญาบกพร่อง (Mental retardation)
- สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถเข้าใจภาษาไทย

การเข้าร่วมงานศึกษาวิจัยเป็นไปตามความ
สมัครใจของสตรีตั้งครรภ์ โดยการตอบแบบสอบถาม
ด้วยตนเอง แบบสอบถามมีคำถามเกี่ยวกับข้อมูล
พื้นฐานและสองคำถามคัดกรองภาวะซึมเศร้า (two-
question screening for depression)²¹

ผลการคัดกรองจะได้สตรีมีครรภ์ 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีผลการตอบแบบสอบถามสอง
คำถามสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย
(Two-question screening for depression, Thai version)
เป็นบวก คือตอบว่า “ใช่” อย่างน้อย 1 ข้อ ทุกราย
จะได้รับการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม Diagnostic

Interview for Genetics Studies, depression section (Th-
DIGS, depression section)²¹

2. กลุ่มที่มีผลการตอบแบบสอบถามสอง
คำถามสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย
(Two-question screening for depression, Thai version)
เป็นลบ คือตอบว่า “ไม่ใช่” ทั้ง 2 ข้อ ได้รับการสุ่ม
แบบ simple random โดยสุ่มมาในจำนวนที่เท่ากับกลุ่ม
ที่ได้ผลการคัดกรองเป็นบวกเพื่อมารับการสัมภาษณ์
ด้วยแบบสอบถาม Th-DIGS, depression section โดย
เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยวิจัย 2 คน ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาที่ได้ผ่าน
การอบรมการใช้เครื่องมือเป็นผู้สัมภาษณ์ (แผนภาพที่ 1)

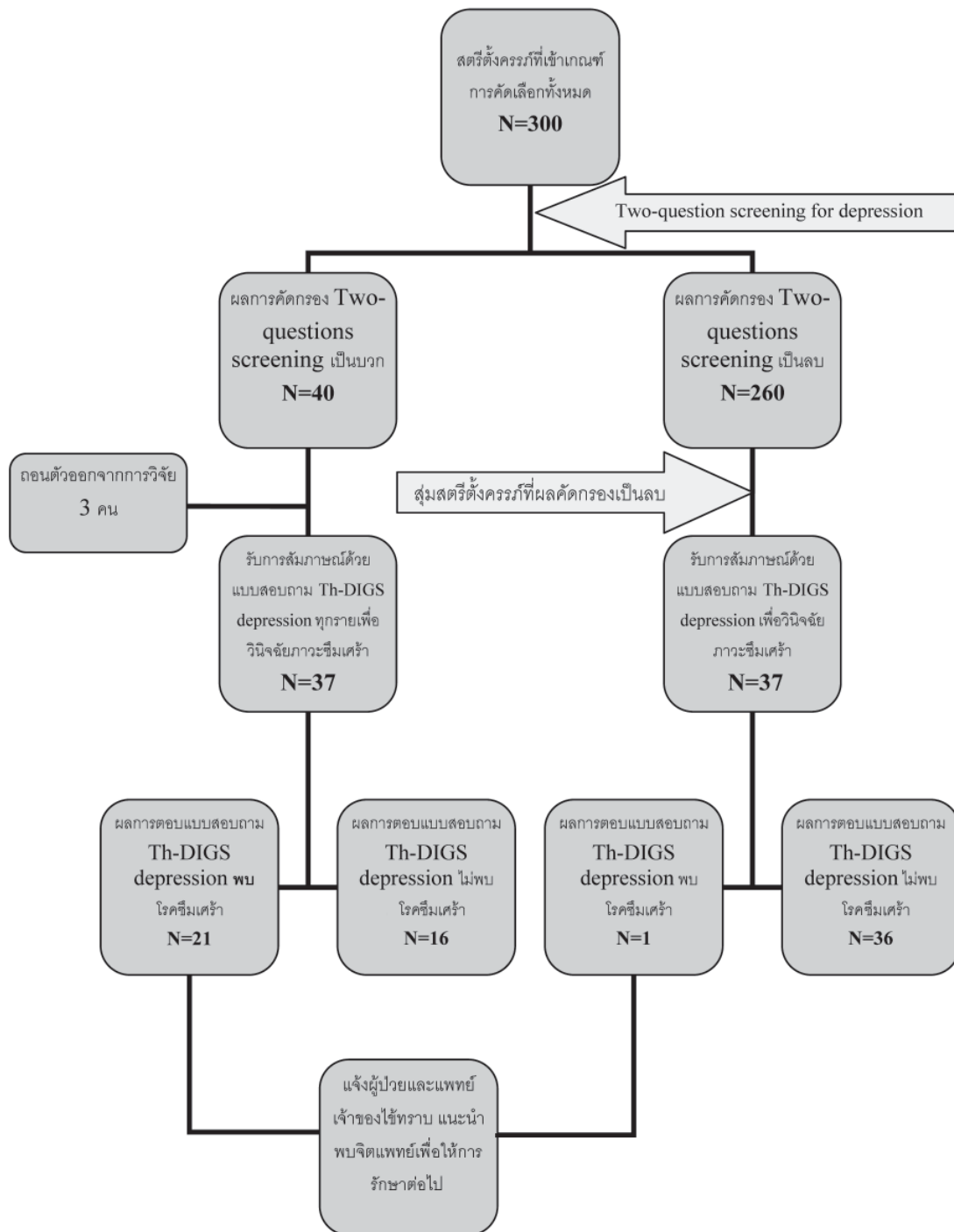
วิเคราะห์สถิติ

ใช้ SPSS version 10.0 ในการคำนวณค่าความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบ
หาค่า sensitivity, specificity, positive predictive value,
negative predictive value และ prevalence rate
การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มี
ผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าโดยใช้สถิติ chi-square
โดยผลการทดสอบถือว่ามีความสำคัญทางสถิติเมื่อค่า
p value < 0.05

ผลการศึกษา

สตรีตั้งครรภ์จำนวน 300 คน ตอบแบบสอบถาม
สองคำถามสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย
ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็น “บวก” ทั้งหมด 40 คน
ผลเป็น “ลบ” มี 260 คน ในจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่
ผลการคัดกรองเป็น “บวก” ถอนตัวออกจากงานวิจัย
จำนวน 3 คน

ผลการสัมภาษณ์ Th-DIGS depression section
ในกลุ่มที่ผลคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็น “บวก” พบสตรี
ตั้งครรภ์ที่มีโรคซึมเศร้าทั้งหมด 21 คน ในขณะที่
ผลการสัมภาษณ์ Th-DIGS, depression section ในกลุ่ม
ที่ผลคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็น “ลบ” พบสตรีตั้งครรภ์
ที่มีโรคซึมเศร้าเพียง 1 คน (แผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 : แผนภูมิแสดงวิธีขึ้นตอนการดำเนินงานวิจัย และจำนวนประชากรที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมการศึกษา (N= 297)

| ลักษณะของประชากร | ร้อยละ |
|--|----------------|
| 1. อายุ (ปี) (ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) | 27.9 \pm 5.5 |
| 2. สถานภาพสมรส | |
| อยู่ด้วยกัน | 99.3 |
| 3. เชื้อชาติ | |
| ไทย | 100 |
| 4. ศาสนา | |
| พุทธ | 98.3 |
| 5. การศึกษา | |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี | 87.6 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 12.4 |
| 6. รายได้รวมของครอบครัว (บาท) | |
| ต่ำกว่า 10000 | 57.5 |
| >10000 | 42.5 |
| 7. อาชีพ | |
| แม่บ้าน | 28.2 |
| ค้าขาย | 14.5 |
| รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 9.8 |
| อื่นๆ(จำนวน) : ธุรกิจส่วนตัว(5), รับจ้าง(71), ลูกจ้าง(60), นักศึกษา(1), เกษตรกร(4) | 47.5 |
| 8. ลักษณะที่อยู่อาศัย | |
| บ้านเช่า | 58.6 |
| บ้านของตนเอง | 26.9 |
| บ้านญาติหรือบ้านพักในที่ทำงาน | 14.5 |
| 9. ความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัว | |
| ความสัมพันธ์ดี | 98.7 |
| ความสัมพันธ์ไม่ดี | 1.3 |
| 10. ความพร้อมการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ | |
| มีความพร้อม | 92.6 |
| ไม่มีความพร้อม | 7.4 |
| 11. ความกังวลระหว่างการตั้งครรภ์ | |
| มีความกังวล | 45.8 |
| ไม่มีความกังวล | 54.2 |

จากตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครมีอายุเฉลี่ย 27.9 \pm 5.5 ปี ทุกคนมีเชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.3) จบการศึกษาด้านต่ำกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 87.6) อยู่กับสามี (ร้อยละ 99.3) มีอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 28.2) มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 57.5) ต้องเช่า

บ้านอยู่ (ร้อยละ 58.6) มีความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 98.7) มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 92.6) มีความกังวลต่อการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 45.8)

สตรีตั้งครรภ์มีโรคประจำตัวโดยส่วนใหญ่จะเป็นพาหะธาลัสซีเมีย/โลหิตจาง (ร้อยละ 23.9) มีประวัติการใช้ยา/สารเสพติด (ร้อยละ 14) โดยมีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์อย่างเดียวกคิดเป็นร้อยละ 3.7 ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช (ร้อยละ 99.7) มีเพียง 1 รายที่เคยมีปัญหาการนอนไม่หลับ ตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรก (ร้อยละ 45.1) มีประวัติเคยแท้ง (ร้อยละ 20.9) เคยมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ในอดีต (ร้อยละ 4) ได้แก่ เบาหวาน โลหิตจาง เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด รกเกาะต่ำและความดันโลหิตสูง อายุครรภ์เฉลี่ยของอาสาสมัคร 23.9 \pm 9.9 สัปดาห์ มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน (ร้อยละ 21.2) โดยพบภาวะโลหิตจาง/ธาลัสซีเมียมากที่สุด (ดูตารางที่ 2)

จากตารางที่ 3 พบค่าความไว และความจำเพาะของแบบสอบถามสองคำถามสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทยมีค่าร้อยละ 95.5 และร้อยละ 69.2 positive predictive value (PPV) และ negative predictive value (NPV) มีค่าร้อยละ 56.8 และร้อยละ 97.2 ตามลำดับ ส่วนค่า Likelihood ratio for positive result และ negative result อยู่ที่ 2.96 และ 0.13

ความชุกของโรคซึมเศร้าระหว่างการตั้งครรภ์ การคำนวณหาความชุก (by proxy) โดยใช้สูตรความชุกของโรคซึมเศร้า = [จำนวน case ที่พบโรคซึมเศร้าจริง + จำนวน case ที่ผลคัดกรองเป็นบวกแล้วถอนตัวคุณกับ PPV + จำนวนที่คัดกรองได้ผลลบ คุณกับ (1-NPV)] / จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด²⁴

$$= [22 + 3(0.568) + 260 (1-0.9729)]/300$$

$$= 0.1025$$

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์

| | สุขภาพ | ร้อยละ |
|-----|---|----------------|
| ก. | สุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ | |
| 1. | โรคประจำตัวของสตรีตั้งครรภ์ | |
| | ไม่มี | 76.1 |
| | มี (จำนวน) : เบาหวาน(3), ความดันโลหิตสูง(2), โรคธาลัสซีเมีย/โลหิตจาง(47), หอบหืด(2), ภูมิแพ้(8), ไมเกรน(1), คอปกอกเป็นพิษ(2), Wilson disease(1), โรคกระเพาะ(2), ตับอักเสบไวรัสซี(1) | 23.9 |
| 2. | ประวัติการใช้ยา/สารเสพติด | |
| | ไม่ใช้ | 95.3 |
| | ใช้ (จำนวน) : ใช้นูหรือ(1), ใช้Alcohol(11), ใช้ทั้งนูหรือและ Alcohol (2), ยา D-penicillamine(1) | 4.7 |
| 3. | การเจ็บป่วยในอดีต | |
| 3.1 | โรคทางกาย | |
| | - ไม่เคย | 98.3 |
| | - เคย(จำนวน) : ภูมิแพ้(1), หอบหืด(1), ก้อนที่เต้านม(1), เนื้องอกที่มดลูก(1), Wilson disease(1) | 1.7 |
| 3.2 | โรคทางจิตเวช | |
| | - ไม่เคย | 99.7 |
| | - เคย(จำนวน) : นอนไม่หลับ (1) | 0.3 |
| ข. | การตั้งครรภ์ในอดีต | |
| 1. | การแท้งบุตร | |
| | - ไม่เคย | 79.1 |
| | - เคย | 20.9 |
| 2. | ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ | |
| | ไม่มี | 96.0 |
| | มี (จำนวน) : เบาหวาน(1), โลหิตจาง(7), เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด(2), รกเกาะต่ำ(2) | 4.0 |
| 3. | ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด | |
| | ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายหรือด้านจิตใจ | 100 |
| ค. | การตั้งครรภ์ปัจจุบัน | |
| 1. | ครรภ์ปัจจุบันนี้เป็นครรภ์ที่, ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 1.7 \pm 0.8 |
| | 1 | 45.1 |
| | 2 | 38.7 |
| | 3 | 13.8 |
| | 4 | 2.4 |
| 2. | อายุครรภ์ (สัปดาห์), ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน | 23.9 \pm 9.9 |
| | ไตรมาสที่ 1 (0-12) | 19.5 |
| | ไตรมาสที่ 2 (13-27) | 37.4 |
| | ไตรมาสที่ 3 (28-40) | 43.1 |
| 3. | ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ | |
| | - ไม่มี | 73.1 |
| | - มี (จำนวน) : เบาหวาน(9), ความดันโลหิตสูง(1), โรคธาลัสซีเมีย/โลหิตจาง (63), เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด(1), ครรภ์แฝด(2), รกเกาะต่ำ(3), แท้งคุกคาม(3) | 26.9 |

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่พบโรคซึมเศร้าจากการประเมินด้วย Two-question screening การวินิจฉัยจาก Th-DIGS major depression section และ Sensitivity, Specificity, PPV (Positive Predictive Value), NPV (Negative Predictive Value) และ LR (Likelihood ratio) ของ Two-question screening

| Two-question screening | Diagnosis :Th-DIGS depression section | | Total |
|------------------------|---------------------------------------|--------|-------|
| | Depression | normal | |
| Positive | 21 | 16 | 37 |
| Negative | 1 | 36 | 37 |
| Total | 22 | 52 | 74 |

| Description | Results (%) | 95% CI |
|--------------------------|-------------|-----------|
| Sensitivity | 95.5 | 78.2-99.2 |
| Specificity | 69.2 | 55.7-80.1 |
| PPV | 56.8 | 40.9-71.3 |
| NPV | 97.2 | 82.6-99.5 |
| LR for a positive result | 2.96 | |
| LR for a negative result | 0.13 | |

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าโดยใช้ค่าสถิติ Chi-square test และ Independent Sample t-test (N=74)

| ปัจจัย | Chi-square | p-value |
|---|------------|---------|
| ก. Demographic data | | |
| 1. ศาสนา | 0.43 | 1.0 |
| 2. การศึกษา | 1.96 | 0.85 |
| 3. อาชีพ | 0.39 | 0.94 |
| 4. รายได้ของครอบครัว | 5.37 | 0.25 |
| 5. ที่อยู่อาศัย | 3.96 | 0.26 |
| 6. ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว | 0.43 | 0.70 |
| 7. ความพร้อมในการตั้งครรภ์ | 2.78 | 0.19 |
| 8. ความวิตกกังวล | 2.29 | 0.19 |
| ข. สุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ในอดีต | | |
| 1. โรคประจำตัว | 0.95 | 0.36 |
| 2. การใช้ยา/สารเสพติด | 1.28 | 0.35 |
| 3. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตด้วยโรคทางกาย | 0.87 | 1.0 |
| 4. การแท้ง | 0.15 | 0.77 |
| 5. ภาวะแทรกซ้อน | 0.87 | 1.0 |
| ค. การตั้งครรภ์ปัจจุบัน | | |
| 1. ภาวะแทรกซ้อน | 0.21 | 0.79 |
| 2. ไตรมาสของการตั้งครรภ์ | 1.46 | 0.48 |
| 3. ลำดับการตั้งครรภ์ | 0.86 | 0.83 |
| ง. อายุสตรีตั้งครรภ์* | | 0.28 |
| จ. อายุครรภ์* | | 0.61 |

*คำนวณโดยใช้ค่าสถิติ Independent Sample t-test

ดังนั้นความชุกของโรคซึมเศร้าโดยเป็นค่าประมาณ (by proxy) ในสตรีตั้งครรภ์มีค่าเท่ากับร้อยละ 10.3

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าระหว่างการตั้งครรภ์ จากตารางที่ 4 พบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าระหว่างการตั้งครรภ์ที่ p value < 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยนี้ได้ทดสอบหาค่าความไวและความจำเพาะของแบบสอบถามสองคำถามสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Two-question screening for depression, Thai version) ได้ 95.5% และ 69.2% ตามลำดับ ซึ่งค่าที่ได้ใกล้เคียงกับการศึกษา Bruce Arroll และคณะ²⁵ แต่หาค่าความไวและความจำเพาะที่ได้จากการศึกษาวิจัยนี้ต่างจากการศึกษาในเรื่องการพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าชนิดสองคำถามในชุมชนไทยอีสานที่พบหาค่าความไวและความจำเพาะของแบบสอบถามสองคำถามสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย สูงถึง 99.5% และ 85.1% (เมื่อตอบว่า “ใช่” ทั้งสองข้อ)²¹ ซึ่งการศึกษาวิจัยนี้การคัดกรองที่ถือว่าแบบสอบถามสองคำถามสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย จะเป็นบวกเมื่อตอบว่า “ใช่” อย่างน้อย 1 ข้อและเนื่องด้วยเป็นเพราะงานวิจัยนี้ไม่ได้วิเคราะห์ข้อมูลแยกในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามสองคำถามสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทยจึงทำให้หาค่าความไวและความจำเพาะต่างออกไป ส่วนความน่าจะเป็นที่พบสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อผลการตอบแบบสอบถามสองคำถามสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทยเป็น “ลบ” มีเพียง 0.13 จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามสองคำถามสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทยยังคงมีประโยชน์ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในทางคลินิก

ความชุกของโรคซึมเศร้าระหว่างการตั้งครรภ์ ได้รับการประเมินจากการตอบแบบสัมภาษณ์ Th-DIGS พบว่า สูงถึงร้อยละ 10.3 ซึ่งเป็นค่าความชุกที่ได้ใกล้เคียง

กับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบโรคซึมเศร้าอยู่ที่ 7.4-15%^{9,26,27} การพบโรคซึมเศร้าในระหว่างการตั้งครรภ์ อาจพบความชุกที่แตกต่างกันได้ ทั้งนี้เนื่องจากเรื่องความแตกต่างทางด้านกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา ทั้งในเรื่องอายุครรภ์ ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มประชากร และการเลือกใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ในกรณีถ้าให้เป็น Structural interview จะพบ prevalence ได้ 2-21%²⁸ ส่วน self-rated questionnaire พบ prevalence ระหว่าง 8-31%²⁸ ถ้าจะเปรียบเทียบในเรื่องของการใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลจะเห็นว่า การใช้เครื่องมือแบบ self-rated questionnaire ก็จะมีแนวโน้มที่จะได้ prevalence ที่สูงกว่าการใช้เครื่องมือแบบ Structural interview ซึ่งในการศึกษาวิจัยนี้ใช้ Self-rated two-question screening for depression เป็นการคัดกรองหาผู้ที่มีโรคซึมเศร้าเบื้องต้นก่อน หลังจากนั้นนำมายืนยันการวินิจฉัยด้วย Th-DIGS, depression section ซึ่ง Th-DIGS, depression section เป็น Semi-structure interview ที่มีความไวและความจำเพาะสูงทำให้สามารถวินิจฉัยว่าเป็นภาวะซึมเศร้าได้อย่างแม่นยำ ส่วนการตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาสอาจมีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าดังที่ได้กล่าวไว้ในงานวิจัยที่ผ่านมาดังนี้ การตั้งครรภ์ช่วงไตรมาสที่ 3 ค่า prevalence ของโรคซึมเศร้ามักจะสูงกว่าในระยะการตั้งครรภ์ไตรมาสที่หนึ่งและสอง ต่อเนื่องไปจนถึงช่วงหลังคลอดทั้งนี้ปัจจัยด้าน psychosocial ที่ส่งผลทำให้โรคซึมเศร้าเป็นมากขึ้น^{9,19,20} การมีโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ เป็นการพยากรณ์ที่สำคัญต่อการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอด²⁹ แต่ในการศึกษาของ Bunevicius³⁰ กลับพบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในช่วงไตรมาสที่ 1 สูงกว่าไตรมาสอื่นๆ เป็นที่น่าสังเกตว่า การศึกษานี้ได้กลุ่มประชากรที่เข้าร่วมงานวิจัยอยู่ในไตรมาสที่ 3 มากกว่าไตรมาสที่ 1, 2 ซึ่งเมื่อพิจารณาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 มีโรคซึมเศร้าสูงเมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสอื่น ทั้งนี้อาจเป็นไปได้จากเหตุผลที่การศึกษานี้มีประชากรในไตรมาสที่ 3 มากกว่าประชากรในไตรมาสอื่นดังที่ได้กล่าวไว้

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า พบว่ามีแนวโน้มที่สัมพันธ์กับ Psychological และ Social stress factor^{31,32} บางงานวิจัยพบว่า การ support จาก คู่สมรสและครอบครัวเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะ ซึมเศร้าได้มาก³³ ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น การไม่ได้ สมรส การว่างงาน การมีปัญหาด้านสุขภาพในด้านต่างๆ³⁴ นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์มาแล้วหลายครั้ง (multipara) และเศรษฐกิจ สถานะทางสังคมไม่ดี (low socioeconomic status)³⁵ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่ามีปัจจัยใดเลยที่สัมพันธ์ กับโรคซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างประชากรที่นำมาศึกษามีขนาดเล็กซึ่งเมื่อ คำนวณแล้วไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ $p\text{-value} < 0.05$ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณา ในเฉพาะกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีโรคซึมเศร้าพบว่า สตรี กลุ่มนี้มีความกังวลระหว่างการตั้งครรภ์ร่วมด้วยสูงถึง ร้อยละ 72.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee AM และคณะ³⁶ ที่พบว่า antenatal anxiety มีผลต่อการตั้งครรภ์ และ depressed mood

ข้อจำกัดของการศึกษานี้

1. ระยะเวลาในการศึกษาจำกัด และ sample อาจจะไม่เพียงพอที่จะคำนวณแล้วมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. โรคซึมเศร้าที่ผู้วิจัยมุ่งศึกษา หมายถึง Major depressive disorder เพียงอย่างเดียว ซึ่งไม่ได้รวมถึง depression อื่นๆ เช่น dysthymia, minor depression ถ้าหากว่าผู้ศึกษาวิจัยได้รวมการวินิจฉัยไปถึง minor depression ด้วยซึ่งอาจทำให้ได้ค่าความชุกที่เพิ่มมากขึ้น
3. การศึกษาวิจัยนี้ไม่ได้ติดตามไปจนถึงภาวะ หลังคลอด อันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางเวลาของผู้ทำ การวิจัย

ข้อเด่น

ใช้ Th-DIGS, depression section ซึ่งเป็น แบบสอบถามเพื่อการวินิจฉัยโรคตาม DSM-IV TR ชนิด Semi-structural interview

ข้อเสนอแนะ

การดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ในคลินิก ฝากครรภ์ไม่ควรเพียงแต่ดูแลเฉพาะฝ่ายกายเท่านั้น หากควรต้องเพิ่มการดูแลทางด้านจิตใจด้วย ซึ่งทาง ผู้วิจัยเสนอว่า การใช้คำถามคัดกรองแบบ Two-question screening for depression เป็นอีกทางเลือก หนึ่งที่สามารถนำไปใช้ได้เฉพาะในเวชปฏิบัติทั่วไปโดยเฉพาะ คลินิกฝากครรภ์ เพราะมีความไวสูง สามารถคัดกรอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ดี เมื่อพบผู้ที่สงสัยว่าจะมีภาวะ ซึมเศร้า ควรส่งปรึกษาจิตแพทย์ หรืออาจพัฒนา เครื่องมืออื่นๆ ที่สามารถประเมินภาวะซึมเศร้าในสตรี ตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ควรจะมีการศึกษาวิจัยติดตามถึงผล (outcome) ของการเกิดโรคซึมเศร้าในมารดาและทารกแบบ longitudinal study ต่อไป และควรศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม เกี่ยวกับปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ต่อโรคซึมเศร้า เช่น อายุครรภ์ (gestational age) สถานะทางเศรษฐกิจสังคม (socioeconomic status) ความสัมพันธ์ระหว่าง คู่สมรส, การมีโรคประจำตัว psychosocial stressor เพื่อเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังดูแลต่อไป นอกจากนี้ แพทย์ที่ดูแลสตรีตั้งครรภ์ควรเน้นการดูแลแบบองค์รวม (holistic approach) เพราะโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นสามารถ มีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ได้

สรุป

จากการศึกษาพบ sensitivity และ specificity ของ แบบสอบถามสองคำถามสำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย (two-question screening for depression, Thai version) เท่ากับ ร้อยละ 95.5 และ 69.2 ตามลำดับ พบค่าความชุกของโรคซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ที่ร้อยละ 10.3 โดยไม่พบปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า ในสตรีตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. National academy on aging society. Challenge for the 21th century: chronic and disabling condition, 2001:1-6.

2. Murray CJL, Lopez AD, editors. The global burden of disease and injury series, volume1: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Health Organization and the World Bank, Harvard University; 1996.
3. Robert D. Political violence and mental health. Boston, USA: Department of Social of Medicine, Harvard Medical School; 2001.
4. กรมสุขภาพจิต : รายงานการวิจัย เรื่องการสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตและเจตคติที่ชะงักการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพที่ชะงักการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร; 2540.
5. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and Depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 1993; 29:85-96.
6. Organization of teratogenic information: Depression and Pregnancy; 2006.
7. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57:269-74.
8. O'Hara MW. Social support, life events, and depression during Pregnancy and the postpartum. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:569-73.
9. Bennett HA. Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic review. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* 2004; 103:698-709.
10. Gynes BN, Gavin N. Perinatal depression : Prevalence, Screening, Accuracy and Screening outcomes. Agency for health care Research and Quality US. Department of health and human service 2005; 1-8.
11. Cartex, D. Kostaras X. Psychiatric disorder in pregnancy. *BC Medical journal* 2005; 47:96-99.
12. Field T, Miguel DM. Prenatal depression. *Infant Behaviour & Development* 2006; 579-583.
13. Beck CT. Predictor of postpartum depression: an update. *Nurs Res.* 2001; 50:275-285.
14. Canadian and Paediatric society. Depression in pregnant women and mather How children are affected. *Paediatric child health* 2004; 8:584-586.
15. Rahman A, Creed F. Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: Prosective study. *Journal of Affective disorders* 2007; 100: 115-121.
16. Leigh B, Milagrom J. Risk factor for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry* 2008: 1-11.
17. Einarson K. Psychiatric Disorders in Pregnancy and the Postpartum Principles and treatment. Hendrick, 2006: 13-39.
18. Wingwonthom S, Thitadilok W. Prevalence of Mental Health Problem during Firt-Half Pregnancy at Siriraj Hospital. *J Med Assoc Thai* 2008; 91(4): 452-57.
19. Limlomwongse N. Liabsuetrakul T. Cohort study of depressive mood in Thai women during late pregnancy and 6-8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Women Health* 2006; 131-138.

20. สมบัติ สรรพอุดม, ประยุกต์ เสรีเสถียร. ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดพ.ตาสลีน. กรุงเทพมหานคร. ตาสลีนเวชสาร 2542; 1:8-16.
21. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ธรณินทร์ กองสุข, ณรงค์ มณีทอง, เบญจลักษณ์ มณีทอง, กมลเนตรวรรณเสวก และคณะ. การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถามในชุมชนไทยอีสาน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2550; 52:138-148.
22. Sitdhiraksa N, Singhagant S, Ratta-Apha W, Saisavoey N, Chantakarn. Diagnostic Interview for Genetic Studies (DIGS): Validity, Inter-Rater and test-retest reliability of the Thai version. ASEAN Journal of Psychiatry 2008; 9:104-113.
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4 th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994
24. พนม เกตุมาน, นันทวัช สิทธิรักษ์, ภัทธรพิทยรัตน์เสถียร, วินัดดา ปิยะศิลป์, รัตโนทัย พลับผู้การ และคณะ. ความชุกของโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) ในนักเรียน : ศึกษาหลังเกิดเหตุการณ์ผ่านไป 23 เดือน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2551; 1:8-20.
25. Arroll B. Khin N. Kerse N. Screening for Depression in primary care with two verbally asked question: Cross Sectional Study. BM 2003; 327: 1144-1146.
26. Frank E. Kupfer DJ. Pregnancy-Related Affective Episodes Among Women with Recurrent Depression. American Journal of Psychiatry 1987; 144(3):288-293.
27. Evan J, Heron J, Francomb H, OKe S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and Childbirth. BMJ 2001; 323:257-60.
28. Depression During pregnancy: Epidemiology of Depression during pregnancy. Available website http://www.medscape.com/view_article/474390_3. (Assessed 24 May 2009).
29. Dominic TS. Lee CS. A prevalence study of antenatal depression among Chinese women: Journal of Affective Disorders. 2004; 82 (1): 93-99.
30. Robertas B. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy : Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2009; 88(5):599-609
31. O' Hara MW. Social Support, Life Event, and Depression During Pregnancy and the Puerperium. Arch Gen Psychiatry 1986; 43:569-573.
32. Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during Pregnancy. Canadian Family Physician 2005; 51:1087-1093.
33. Edward JR, Kleinman K. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depression symptoms among women in a medical group practice. Journal of Epidemiology and Community Health 2006; 60:221-227.
34. Bender E. Depression in Pregnancy Often Goes Untreated. Psychiatric News 2003; 38(14):20.
35. Larsson C, Sydsjo G. Health, Sociodemographic Date, and Pregnancy Outcome in women with Antepartum Depressive Symtoms. Obstetric & Gynecology 2004; 104:459-460.
36. Lee AM. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. Obstetric Gynecology 2007; 110(5):1102-1112.