10.14456/dmhjournal.2003.13

โรคซึมเศร้าหลังคลอด

*กมลรัตน์ วัชราภรณ์, พ.บ.**
*จารุรินทร์ ปิตานุพงศ์, พ.บ.**

บทคัดย่อ

ความผิดปกติทางจิตที่เกิดในช่วงหลังคลอดประกอบด้วย ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด โรคซึมเศร้าหลังคลอด และโรคจิตหลังคลอด โรคซึมเศร้าหลังคลอดเป็นโรคที่พบบ่อยประมาณร้อยละ10-15 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดคือ การเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนในช่วงหลังคลอด ภาวะวิตกกังวล ทัศนคติของมารดาต่อการมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้คาดหวัง ปัญหาความเครียดในชีวิตระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด อารมณ์เศร้าหลังคลอดนั้นจะหายได้เอง ส่วนการรักษาโรคซึมเศร้าหลังคลอดจะเหมือนกับการรักษาโรคซึมเศร้าทั่วไปคือ การให้ยาแก้ซึมเศร้า แต่ถ้าเป็นโรคจิตหลังคลอดมักต้องเข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เพราะจัดเป็นภาวะฉุกเฉินและต้องใช้ยารักษาโรคจิตหรือยาควบคุมอารมณ์

คำสำคัญ : โรคซึมเศร้าหลังคลอด ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

* *คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*

Postpartum depression

*Kamonrat Watcharaporn, M.D.**
*Jarurin Pitanupong, M.D.**

Abstract

Major psychiatric disorders in postpartum period are postpartum blues, postpartum depression and postpartum psychosis. The prevalence of postpartum depression is about 10-15%. The hormonal change, anxiety, child bearing attitude, unexpected pregnancy and life stressors of mother are the associated factors of postpartum depression. Antidepressive drugs are used in treatment of postpartum depression. But postpartum psychosis is emergency problem,so the patient may be admitted.

Key words : postpartum depression , postpartum blues

**Faculty of Medicine, Prince of Songkla University*

บทนำ

ในสมัยกรีกโบราณ Hippocrates เป็นผู้ค้นพบภาวะความผิดปกติทางจิตที่เกิดในช่วงหลังคลอดซึ่งพบได้บ่อย โดยอธิบายว่าเป็นภาวะแมเนียที่เกี่ยวข้องกับการให้นมบุตร (mania related to lactation) มากกว่าเป็นภาวะเพ้อที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อหลังคลอด (delirium associated with puerperal sepsis) หลังจากนั้นไม่มีการกล่าวถึงภาวะนี้อีก จนกระทั่งปี ค.ศ.1700 และ 1800 มีรายงานผู้ป่วยวิกลจริตหลังคลอด (puerperal insanity) ในประเทศฝรั่งเศสและเยอรมันนี ปี ค.ศ.1818 ในช่วงสงครามนโปเลียน Jean Esquirol ได้รายงานผู้ป่วยโรคจิตหลังคลอด (puerperal psychosis) จำนวน 92 ราย ต่อมาในปี ค.ศ.1856 Victor Louis Marce ได้รายงานภาวะความผิดปกติทางจิตที่เกิดหลังคลอดในหนังสือ Traite de la Folie des Femmes Enceintes และมีแนวคิดใหม่ที่ว่าการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพในระยะหลังคลอดมีอิทธิพลต่อการเกิดความผิดปกติทางจิตเวชที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์และเกิดในช่วงหลังคลอด ส่วน B.Pitt เป็นผู้อธิบายภาวะซึมเศร้าชนิด atypical ซึ่งต่อมาเรียกภาวะดังกล่าวว่าเป็น maternity blues โดยเป็นภาวะที่เกิดขึ้นทันทีในช่วงหลังคลอด อาการไม่รุนแรง และเป็นช่วงสั้น ๆ ในปี ค.ศ.1970 มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าหลังคลอดมากขึ้น โดยศึกษาในกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ด้วยการสัมภาษณ์และใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช พบว่ามีภาวะซึมเศร้าน้อยถึงปานกลางในผู้หญิงหลังคลอดช่วง 6 เดือนแรก ส่วนการศึกษาในปัจจุบันพบว่าช่วง 3 เดือนแรกหลังคลอด เป็นช่วงที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยทางจิตเวชได้สูงมากกว่าช่วงเวลาอื่นของชีวิต โดยโรคที่พบบ่อยคือ โรคความผิดปกติทางอารมณ์ทั้งโรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์สองขั้ว[1]

ในอดีตได้จัดความผิดปกติทางจิตที่เกิดในช่วงหลังคลอดเป็นกลุ่มโรคที่มีความจำเพาะเจาะจงกับการตั้งครรภ์และการคลอด แต่การศึกษาในปัจจุบันพบว่าภาวะดังกล่าวนี้ไม่ได้มีความแตกต่างไปจากความผิดปกติที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาอื่น ดังนั้นในการวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) จึงรวมภาวะความผิดปกติทางจิตที่เกิดในช่วงหลังคลอดเป็นกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวนและโรคซึมเศร้า โดยให้ระบุว่าเป็นช่วงหลังคลอด (with postpartum onset) คือมีอาการเกิดขึ้นภายใน 4 สัปดาห์แรกหลังคลอด[2]

ความผิดปกติทางจิตที่เกิดในช่วงหลังคลอดโดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 3 ชนิดคือ

ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด

โรคซึมเศร้าหลังคลอด

โรคจิตหลังคลอด

ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (postpartum blues) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยที่สุดคือประมาณร้อยละ 30-75 ของสตรีหลังคลอด[3] แต่อาการของภาวะนี้ไม่รุนแรง หายได้เอง การเกิดอาการแบบนี้ไม่ได้แสดงว่าผู้ป่วยมีปมขัดแย้งในใจ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย มีความวิตกกังวลไปหมดทุกเรื่อง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับหรือมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น นอนมากผิดปกติ อาการมักเริ่มเกิดในช่วงหลังคลอดไม่กี่วัน มีอาการมากที่สุดประมาณวันที่ 4-5 และหายภายในวันที่ 10 ของช่วงหลังคลอด ส่วนในรายที่มีอาการอยู่นานเกิน 2 สัปดาห์ในช่วงหลังคลอดควรได้รับการตรวจหาว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ เพราะโรคดังกล่าวมีอาการรุนแรงมากกว่าและต้องการการรักษาที่จำเพาะเจาะจง[4-6]

โรคซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) เป็นโรคที่พบได้บ่อยคือประมาณร้อยละ 10-15[1] ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการในช่วงเดือนแรกหลังคลอด แต่บางรายอาจเริ่มมีอาการตั้งแต่ช่วงก่อนคลอด อาการต่าง ๆ เหมือนโรคซึมเศร้าทั่วไปคือ มีอารมณ์ซึมเศร้าเบื่อหน่ายไปหมด หมดเรี่ยวแรง รู้สึกว่าตนเองทำอะไรผิดหรือทำบาปกรรมไว้ หลาย ๆ รายมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย วิตกกังวลและมีอาการย้ำคิดย้ำทำ ลักษณะสำคัญ

ที่ต่างจากภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดคืออาการรุนแรงมากกว่าจนถึงขั้นรบกวนความเป็นอยู่และการเลี้ยงดูทารก และอาการเป็นอยู่นานเกิน 2 สัปดาห์ [1,7-9]

โรคจิตหลังคลอด (postpartum psychosis) เป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อยคือ ประมาณร้อยละ 0.1-0.2 แต่มีอาการรุนแรงมากกว่าโดยมักเริ่มมีอาการในช่วง 2 - 3 วันแรกหลังคลอด มีส่วนน้อยที่เริ่มแสดงอาการหลัง 2 สัปดาห์ในช่วงหลังคลอด อาการแสดงเริ่มแรกคือ ผุดลุกผุดนั่ง หงุดหงิด นอนไม่หลับ หลังจากนั้นอาการต่าง ๆ จะเกิดขึ้นตามมาอย่างรวดเร็ว เช่น อารมณ์ซึมเศร้าหรืออารมณ์ดีผิดปกติ อารมณ์เปลี่ยนแปลงเร็ว มีพฤติกรรมวุ่นวาย มีความคิดหลงผิดหรือมีความเชื่อผิด ๆ รวมทั้งมีประสาทหลอนและบางรายอาจมีอาการสับสนร่วมด้วย[1]

บทความนี้มุ่งเน้นรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าหลังคลอด เพราะเป็นโรคที่พบบ่อยแต่มักไม่ได้รับการวินิจฉัย และสามารถรักษาให้หายได้

ความชุก

จากการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าหลังคลอดที่ผ่านมาพบว่ามีความแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 1 ถึง 27.6 เนื่องจากมีความแตกต่างของ วิธีการศึกษา เกณฑ์การวินิจฉัย การใช้แบบสอบถามและการกำหนดช่วงระยะเวลาหลังคลอดต่างกัน (ตารางที่1)[10-19] การศึกษาที่ผ่านมาโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่ได้มาตรฐาน เช่นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM -IV) และ Research Diagnostic Criteria (RDC) พบความชุกของโรคซึมเศร้าหลังคลอดในช่วง6สัปดาห์แรก ร้อยละ 10 - 15 ความชุกของโรคซึมเศร้าหลังคลอดนั้นมีความแตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค การศึกษาในภูมิภาคยุโรปพบความชุกของโรคซึมเศร้าหลังคลอดมีอัตราที่สูง ตัวอย่างเช่นการศึกษาของ Ballard ในประเทศอังกฤษ พบมีความชุกร้อยละ 27.5 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ O'neill ในประเทศไอร์แลนด์ที่พบร้อยละ 26.8[11] แต่การศึกษาดังกล่าวมีข้อจำกัดที่จำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษามีจำนวนน้อยคือ 200 และ142 คนตามลำดับ ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของโรคซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 8-12[15] ในประเทศ ออสเตรเลียพบความชุกของโรคซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 9[13]

ในภูมิภาคเอเชียพบความชุกของโรคซึมเศร้าหลังคลอดต่ำกว่าภูมิภาคยุโรปตัวอย่างเช่น การศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบร้อยละ 1 ถึง 11.3 การศึกษาในประเทศสิงคโปร์ พบความชุกของโรคซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ11.6 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศมาเลเซีย คือพบความชุกร้อยละ3.9 โดยปัจจัยที่ทำให้พบความชุกน้อยอาจเป็นจากแพทย์และผู้ดูแลไม่ตระหนักถึงภาวะดังกล่าว ความลังเลใจในการขอความช่วยเหลือของผู้หญิงหลังคลอดเพราะรู้สึกอับอาย และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น วิถีปฏิบัติในช่วงหลังคลอดเป็นปัจจัยที่ป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอด ความเชื่อที่ว่าการตั้งครรภ์และการคลอดเป็นการปรับเปลี่ยนโลหิต และผู้หญิงหลังคลอดต้องได้รับการดูแลให้กลับไปสู่ภาวะเดิมก่อนการตั้งครรภ์ การมีข้อห้ามปฏิบัติที่เรียกว่า pantang larang ซึ่งได้แก่ ไม่ให้ออกนอกบ้าน (going outside) หรือถูกลมพัด (blown by wind) ห้ามรับประทานอาหารเย็น ๆ หรือมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งมีการนวดเพื่อให้มดลูกเข้าอู่และมีสุขภาพดีขึ้น ซึ่งเหมือนกับข้อห้ามปฏิบัติในประเทศจีนที่เรียกว่า doing the month นอกจากนี้ผู้หญิงหลังคลอดในประเทศจีนต้องกลับไปอยู่บ้านกับมารดาเพื่อให้ได้รับการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัวของผู้หญิงหลังคลอดเองหรือของครอบครัวสามี[18]

ปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุของโรคซึมเศร้าหลังคลอดยังมีความซับซ้อน สามารถแบ่งเป็นปัจจัยทางชีวภาพ และปัจจัยทางจิตสังคม (ตารางที่ 2)[11,17,20-23]

ปัจจัยทางชีวภาพ เนื่องจากระยะเวลาในการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในช่วงหลังคลอด ซึ่งฮอร์โมนที่เกี่ยวข้อง คือ estrogen, progesterone, prolactin, luteinizing hormone (LH), follicle stimulating hormone (FSH), cortisone, B-endophin และ thyroid hormone การศึกษาในอดีตไม่พบความสัมพันธ์ของฮอร์โมนที่กล่าวมากับการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดที่ชัดเจน แต่การศึกษาในปัจจุบันพบว่าระดับ estrogen ที่ลดลงในช่วงหลังคลอดสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดและการรักษาโดยให้ฮอร์โมน estrogen ทดแทนเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาโรคซึมเศร้าหลังคลอด แต่การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัด คือ กลุ่มตัวอย่างน้อย[24] ดังนั้นจึงจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในกลุ่มประชากรที่มากขึ้น การศึกษาหาปัจจัยทางชีวภาพด้านอื่น ๆ คือการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ premenstrual syndrome (PMS) และการให้นมบุตรกับการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอด เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงระดับของฮอร์โมนในช่วงก่อนมีประจำเดือนและช่วงให้นมบุตร โดยการศึกษาของ Victor พบว่า ภาวะ PMS มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอด[12] แต่การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้นมบุตรกับการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดนั้นพบผลแตกต่างกันไป เช่นการศึกษาโดย Cox และ Victor พบว่าไม่มีความแตกต่างของการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดในผู้หญิงที่ให้นมบุตรและไม่ได้ให้นมบุตร[25] การศึกษาของ Warner พบว่าผู้หญิงหลังคลอดที่ไม่ได้ให้นมบุตร มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่า[17] ซึ่งต่างจากการศึกษาโดย Dennestein ที่พบว่าการให้นมบุตรต่อเนื่องมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่า ซึ่งอาจเป็นผลจากฮอร์โมน prolactin ที่สูง หรือฮอร์โมน estrogen และ progesterone ที่ลดลงในผู้หญิงที่ให้นมบุตร[26]

ปัจจัยทางจิตใจ ที่มีการศึกษาคือ ภาวะวิตกกังวล ทัศนคติของมารดาต่อการมีบุตร และการเลี้ยงดูบุตร การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้คาดหวัง การศึกษาโดย Watson พบว่าผู้หญิงที่มีความวิตกกังวลมากระหว่างช่วงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอด[27] แต่การศึกษาโดย Kumar ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว[8] การศึกษาโดย Warner พบว่าการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอด[17] แต่การศึกษาโดย Schaper ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว[28] มีหลายการศึกษาพบว่าประวัติความเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตเวชมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอด (ตารางที่ 3)

ปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย ลักษณะทั่วไปทางประชากร อายุ สถานภาพสมรส สถานการทำงาน รายได้ อายุของมารดา ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่ไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจน การศึกษาโดย Webster พบว่าผู้หญิงที่มีบุตรคนแรกตอนอายุน้อยกว่า 20 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดสูง[29] ในขณะที่ Kumer พบว่าผู้หญิงที่มีบุตรคนแรกตอนอายุมากมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดสูงกว่า[8] ในด้านสถานภาพสมรสพบการศึกษาที่สอดคล้องกัน คือ มารดาที่มีสถานภาพหย่าร้างหรือม่าย มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดสูงกว่า[17,28-29] การศึกษาโดย Warner พบว่ามารดาและหัวหน้าครอบครัวที่ตกงานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอดสูง[17]

ปัจจัยด้านความเครียดในชีวิต และความช่วยเหลือทางสังคมพบว่า ความขัดแย้งและความไม่พึงพอใจในชีวิตสมรส ปัญหาด้านการเลี้ยงดูและสุขภาพของทารก การขาดความช่วยเหลือทางสังคมและจากคู่สมรส ปัญหาความเครียดในชีวิตระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด โดยเฉพาะการขาดความช่วยเหลือทางสังคม

และจากคู่สมรส ปัญหาความเครียดในชีวิตระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอด[17] อย่างไรก็ตามการศึกษาเรื่องความเครียดในชีวิตส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective) ทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะตอบเรื่องเหตุการณ์ในชีวิตที่เป็นด้านลบมากกว่าผู้ที่ปกติ ทำให้เกิดความลำเอียงได้ (recall bias)

ดังจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในช่วงหลังคลอด ภาวะวิตกกังวล หรือมีประวัติความเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตเวช มารดามีอายุน้อย มีสถานะภาพหย่าร้างหรือม่าย มีความเครียดในชีวิต และขาดความช่วยเหลือทางสังคมนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอด

การดูแลรักษา

การแบ่งความผิดปกติทางจิตที่เกิดในช่วงหลังคลอดตามความรุนแรงนั้นมีความสำคัญทั้งในแง่การพยากรณ์โรคและการรักษา ภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอดจะมีอาการไม่รุนแรงและหายได้เอง การรักษาคือการให้กำลังใจและให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าไม่ได้เป็นโรคร้ายแรงและหายได้เอง ในรายที่เป็นโรคซึมเศร้าหลังคลอด การรักษาจะเหมือนกับการรักษาโรคซึมเศร้าทั่วไปคือให้ยาแก้ซึมเศร้าในขนาดที่เพียงพอและให้ต่อเนื่องไปนานประมาณ 6 เดือน โดยยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม tricyclic antidepressants โดยเฉพาะ nortriptyline น่าจะเหมาะสมที่สุดเนื่องจากไม่มีผลต่อการให้นมบุตร แต่ในรายที่มีความคิดจะฆ่าตัวตายอาจมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและพิจารณาให้การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy, ECT) เพราะจะให้ผลดีและรวดเร็วกว่าการใช้ยาเนื่องจากยาแก้ซึมเศร้าต้องใช้เวลาอย่างน้อย 2 - 3 สัปดาห์จึงจะออกฤทธิ์[6-7] ส่วนในรายที่เป็นโรคจิตหลังคลอดมักต้องเข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและจัดเป็นภาวะฉุกเฉินอย่างหนึ่ง ยาที่ใช้คือยารักษาโรคจิตและอาจให้ยาควบคุมอารมณ์เช่น ลิเทียมร่วมด้วย ส่วนการรักษาด้วยไฟฟ้าก็มีประโยชน์ได้ผลดีและรวดเร็ว[6]

ข้อเสนอแนะ

ดังที่กล่าวมาแล้วว่าโรคซึมเศร้าหลังคลอดนั้นพบได้บ่อย แต่มักไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้ดูแล ดังนั้นแพทย์ควรถามหาอาการต่าง ๆ ดังกล่าวในผู้ป่วยที่มารับการตรวจหลังคลอดทุกราย เนื่องจากเป็นโรคที่สามารถรักษาได้ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสม จะทำให้อาการเป็นอยู่นาน รุนแรงและมีโอกาสดื้อต่อการรักษาได้สูง รวมทั้งเป็นปัญหารบกวนการทำงาน เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่สำคัญในระยะยาวมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง มีความรู้สึกต่อตนเองต่ำ แยกตัวจากสังคม และมีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น นอกจากนี้พบว่าเด็กที่เกิดจากมารดาที่ป่วยเป็นโรคนี้ จะมีปัญหาด้านพัฒนาการทางเชาวน์ปัญญา สติปัญญาด้อย ไม่มีความรู้สึกผูกพันกับมารดา มีปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และมีปัญหาด้านอารมณ์พฤติกรรม โดยเฉพาะด้านความฉลาดทางอารมณ์[30-32]

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงสาวิตรี อัษณางค์กรชัย รองศาสตราจารย์นายแพทย์พิเชฐ อุดมรัตน์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและช่วยตรวจสอบความถูกต้อง และคุณสายใจ เพ็ชรรัตน์ที่ช่วยจัดพิมพ์

เอกสารอ้างอิง

1. Nonacs R. Postpartum psychiatric syndrome. In: Kaplan HI, Sadock BJ,ed. Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000:1276-82.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington,DC: American Psychiatric Association, 1994:393-444.

3. O' Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Prospective study of postpartum blues biological and psychosocial factors. Arch Gen Psychiatry 1991;48:801-6.
4. Kendel RE, Mcguire RJ, Connor Y. Mood changes in the first weeks after childbirth. J Affec Disord 1981;3:317-26.
5. Pilt B. Maternity blues. Br J Psychiatry 1973;122:431-3.
6. O'Hara MW. Portpartum blues, depression, and psychosis : a review. J Psychosom Obstet Gynaecol 1987;7:205-27.
7. O'Hara MW. Postpartum depression. New York :Springer-Verlag 1995;1-27.
8. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. Br J Psychiatry 1984;144:35-47.
9. O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. A prospective study of postpartum depression prevalence, course and predictive factors. J Abnorm Psychol 1984;91:158-71.
10. O'Hara MW. Social support, life events and depression during pregnancy and the puerperium. Arch Gen Gsychiatry 1986;43:569-73.
11. O'Neill T, Murphy P, Greene V. Postnatal depression aetiological factors. Ir Med J 1990;83:17-8.
12. Victor JM. Prevalence of postpartum depression or it is post peurperium depression?. Acta Obstet Gynecol Scand 1993;72:345-8.
13. Stamp GE, Crowther CA. Postnatal depression : A south Australian prospective survey. Aust Obstet Gynaecol 1994;34:164-7.
14. Ballard GG, Davis R, Cullen PC.Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mother and father. Br J Psychiatry 1994;164:782-8.
15. Cox JL,Holden JM,Sagovsky.Detection of Postnatal Depression Scale.Br J Psychiatry1987;150:782-6
16. Kok LP, Chan PS, Ratnam SS. Postnatal depression in Singapore women. Singapore Med J 1994;35:33-5.
17. Warner R, Appleby L, Whitton A. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. Br J Psychiatry 1996;168:607-11.
18. Kit LK, Janet G, Jegasothy R. Incidence of postnatal depression in Malaysian women. J Obstet Gynaecol Res 1997;2:85-9.
19. Lee DT, Yip SK, Chiu HF, Leung TV, Chan KP, Leung HC, et al. Detecting postnatal depression in Chinese women : Validation of the Chinese version of the Edinburgh postnatal depression scale. Br J Psychiatry 1998;172:433-7.
20. Sequin L, Potvin L, St Denis M. Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status woman. Birth 1999;26:157-63.
21. Bryan TL, Georgiopoulos AM, Harms RW. Incidence of postpartum depression in Olmsted Country, Minnesota : a population based, retrospective study. J Reprod Med 1999;44:351-8.
22. Bagedahl SM, Mensen BK. Postnatal depression : a hidden illness. Acta Psychiatr Scand 1998;98:272-5.
23. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. Nurs Res1996;45:297-303.
24. Ahokas A, Kaukoranta J, Aito M. Effect of estradiol on postpartum depression. Psychopharmacology-Berl 1999;146:108-10.
25. Cox JL, Connor Y, Kendell RE. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. Br J Psychiatry1982 ;140:111-7.
26. Dennerstein L. Postpartum depression:risk factors. J Psychosom Obstet Gynaecol (suppl) 1989;10:53-65.
27. Watson JP, Ellott SA, Rugg AJ. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. Br J Psychiatry 1984;144:453-62.
28. Schaper AM, Rooney BL, Kay NR. Use of Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postpartum depression in a clinical setting.J Repord Med 1994;39:620-4.
29. Webster ML,Thomson JM, Mitchell EA. Postnatal depression in a community cohort. Aust NZ J Psychiatry 1994; 28:42-9.
30. Gogill SR, Caplan HL, Alexandra H, Robson KM, Kumar R. Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. Br J Med Psychol 1986;292:1165-7.
31. Wrate RM, Rooney AC, Thomas PF, Cox JL. Postnatal depression and child development : a three year follow-up study. Br J Psychiatry 1985;146:622-7.
32. Boyee PM, Johnstone SJ, Hickey AR, Moreis-Yates AD, Harris MG, Strachan T. Functioning and well-being at 24 weeks postpartum of women with postnatal depression. Arch Women Ment Health 2000;3:91-7.

ตารางที่ 1 แสดงความชุก วิธีการ เครื่องมือ และระยะเวลาที่ศึกษาโรคซึมเศร้าหลังคลอด

ผู้ศึกษา	O'Hara MW[10]	O'Neill T[11]	Victor J M[12]	Stamp GE[13]	Ballard CG[14]	Kok LP[16]	Warner R[17]	Kit LK[18]	Lee DT[19]
ประเทศ	อังกฤษ	ไอร์แลนด์	เนเธอร์แลนด์	ออสเตรเลีย	อังกฤษ	สิงคโปร์	อังกฤษ	มาเลเซีย	จีน
ปีที่ศึกษา	1986	1990	1993	1994	1994	1994	1996	1997	1998
จำนวนประชากร (คน)	99	142	293	235	200	200	2375	154	145
รูปแบบการวิจัย	Prospective	Cross-sectional	Prospective	Prospective	Prospective	Prospective	Cross sectional	Cross sectional	Prospective
เครื่องมือ	SADS	EPDS	RDC	EPDS	EPDS	EPDS	EPDS	EPDS	EPDS\SUID
ระยะเวลาที่ศึกษา (สัปดาห์)	9	6	4	6	6	24	6-8	6	6
ความชุก (ร้อยละ)	12	26.8	9.2	9	27.5	1	11.8	3.9	11.3

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้าหลังคลอด

ผู้ศึกษา	Anton M[11]	Louis[20]	Tonya A[21]	Bagedahl SM[22]	Beck CT[23]	Warner R[17]
ประเทศ	ออสเตรีย	แคนาดา	สหรัฐอเมริกา	สวีเดน		อังกฤษ
ปีที่ศึกษา	1999	1999	1999	1998	1996	1996
จำนวนประชากร(คน)	1,250	68	403	309	44	2,375
รูปแบบการวิจัย	Observation	Longitudinal	Retrospective	Retrospective	Meta-analysis	Observational
เครื่องมือ	EPDS	BDE	DSM IV Criteria for major depression	EPDS		EPDS
ระยะเวลาที่ศึกษา	5 วัน	6 เดือน	1 ปี	3 เดือน	3 เดือน	6-8 สัปดาห์
ความชุก (ร้อยละ)	20	38.2	3.7	14.5	7.8	11.8
ปัจจัยเสี่ยง	การคลอดที่มีผลแทรกซ้อน มีความวิตกกังวล ความพึงพอใจในชีวิตอาชีพต่ำ ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำ	ความเครียดเรื้อรัง (เช่นปัญหาสุขภาพ, รายได้น้อย, ขาดปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีพ) ขาดความช่วยเหลือทางสังคม (เช่น ไม่มีคนให้ข้อมูล และคำแนะนำเรื่องสุขภาพ)	ระหว่างตั้งครรภ์มารับการตรวจที่ห้องฉุกเฉินมากกว่า 6 ครั้ง เคยเป็นโรคภาวะอารมณ์ผิดปกติ อยู่คนเดียว	ครรภ์แรก อยู่คนเดียว	โรคซึมเศร้าและวิตกกังวลก่อนคลอด มีความเครียดในการดูแลบุตร มีความเครียดในชีวิต ขาดการช่วยเหลือทางสังคม ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ความพอใจในชีวิตสมรสต่ำ เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้า	การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมมารดา มารดาตกงาน หัวหน้าครอบครัวตกงาน

ตารางที่ 3 แสดงประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวชและความเสี่ยงในการเกิดอาการช่วงหลังคลอด[6]

	ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลังคลอดในครรภ์ถัดไป (%)
โรคจิตหลังคลอด	70
โรคซึมเศร้าหลังคลอด	50
โรคอารมณ์แปรปรวน	20-50
โรคซึมเศร้า	30