



เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ก. แนวความคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) ถือว่าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ประการหนึ่ง โดยมีอาการซึมเศร้า เหม่หวัง โดดเดี่ยว พร้อม ๆ กับรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองมีค่าน้อยลง อารมณ์เศร้ามัก ร่วมกับความรู้สึกสิ้นหวัง เสียใจหรือรู้สึกผิด อารมณ์เช่นนี้จะทำให้หมดความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัว ความหวังหรือการวางแผนชีวิตจะลดลง ความคิดจะช้าลงและมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูก ความต้องการทางเพศลดลงหรือหมดไป ถ้าอาการทางกาย มากมักบ่งชี้ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเรียกว่า mask of depression ในกรณีที่มีความเศร้า อย่างแรง อาจมีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย (ฉลอง ภิรมย์รัตน์, 2525; พยอม อิงคตานวัฒน์, 2525; Freedman and Kaplan, 1967)

สุวัฒนา อารีพรต (2525) กล่าวว่า อาการซึมเศร้าหรืออารมณ์เศร้า ประกอบด้วย ความรุนแรงหลายขนาดในคนปกติอาจรู้สึกเศร้า ผิดหวัง สิ้นหวัง หรือหมดความสุขได้เป็น ครั้งคราว เมื่อมีความคับข้องใจหรือการสูญเสียเกิดขึ้น แต่ความรู้สึกดังกล่าวจะเหมาะสมกับ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น และเป็นอยู่ไม่นานก็ค่อยๆ เบาลงและหายเป็นปกติ โดยไม่ทำให้บุคคลนั้นเกิด ความผิดปกติในชีวิตของเขาเลย ปรากฏการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นได้กับทุกคน เรียกว่า Grief reaction แต่บางคนจะมีอาการเศร้ามากหรือนานเกินไป และไม่ได้สัดส่วนกับสาเหตุ โดย ปกติมักจะรู้ว่าอาการของตนมากกว่าปัญหา แต่ก็ไม่สามารถอธิบายได้ว่า ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ถ้ามีอาการอยู่ในขั้นนี้ถือได้ว่า มีอาการของโรคประสาทซึมเศร้า (Neurotic depression) Stern (1964) อธิบายถึงโรคประสาทซึมเศร้าว่า เป็นอาการซึมเศร้าที่มีลักษณะไม่รุนแรงมาก เหมือนโรคจิตทางอารมณ์แบบเศร้า ผู้ป่วยโรคนี้จะมีอารมณ์เศร้าระดับน้อย ๆ หรือระดับกลาง ๆ เรื้อรังไปนานหลายปี การเกิดอาการของโรคจะไม่ปรากฏให้เห็นชัดเจนว่าเริ่มต้นเมื่อใด ซึ่ง ต่างจากโรคจิตซึมเศร้า นอกจากว่าจะเริ่มต้นอาการหลังจากมีเหตุการณ์วิกฤติอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น สูญเสียผู้เป็นที่รัก การหย่าร้าง หรือมีปัญหาชีวิตบางอย่าง เป็นต้น ในผู้ป่วยบางคน

อาการของโรคประสาทซึมเศร้าอาจจะปรากฏขึ้น โดยปราศจากเหตุการณ์วิกฤติใด ๆ หากเกิดอาการซึมเศร้าหลังจากมีเหตุการณ์หรือปัญหาชีวิตเกิดขึ้น และระยะเวลายาวนานไม่ถึง 2 ปี ไม่ถือว่าเป็นโรคประสาทซึมเศร้าแต่เรียกว่าเป็นปัญหาการปรับตัวที่มีอารมณ์เศร้า (Adjustment disorder with depressed mood) (ดวงใจ กสานติกุล, 2533)

Smith (1960) กล่าวว่า ได้มีความพยายามที่จะอธิบายสาเหตุของอาการซึมเศร้ามาตั้งแต่สมัย Hippocrates แล้ว โดยในสมัยนั้นเชื่อว่า อาการเศร้า (Melancholia) เกิดจากอิทธิพลของน้ำดีดำ (black bile) และเสมหะ (phlegm) ที่มีต่อสมอง ซึ่งภายหลังต่อมา มีแนวคิดและทฤษฎีมากมายที่พยายามอธิบายถึงสาเหตุของอาการ อย่างเช่น ทางด้านพันธุกรรม จากการศึกษาของ Kallman (1954) ในฝาแฝด พบว่า คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนใดคนหนึ่งเป็นโรคจิตทางอารมณ์ (Affective psychosis) แฝดอีกคนหนึ่งจะมีโอกาสเป็นด้วยถึงร้อยละ 75 แต่ถ้าแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ อีกคนหนึ่งจะมีโอกาสเป็นเพียงร้อยละ 14 ทางด้านชีวเคมีทางสมองพบว่า ผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้าหรือคลั่ง (mania) จะมีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองที่สำคัญ คือ Serotonin และ Norepinephrine ซึ่งเป็น Neurotransmitters มีหลักฐานว่า ถ้า Transmitter 2 ตัวนี้ต่ำลง ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า ตรงกันข้ามถ้า Transmitter 2 ตัวนี้สูงหรือเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดอาการตื่นเต้นและครึกครื้น (สุวัฒนา อารีพรรค, 2525)

สำหรับสาเหตุในด้านจิตวิทยา Freud (อ้างถึงใน ปราณี วัฒนโชติ และ นพดล สมบูรณ์, 2528) ได้เปรียบเทียบความรู้สึกเศร้า (Grief) กับอาการซึมเศร้า (Melancholia) ว่า ในความรู้สึกเศร้าเสียใจ (Grief or mourning) จะเป็นความรู้สึกสูญเสียสิ่งที่รัก (loss of object) ในระดับจิตสำนึก โดยที่บุคคลยังสามารถรักษาศักดิ์ศรีแห่งตนหรือความนับถือตน (Self-esteem) ไว้ได้อยู่ ในทางตรงกันข้าม อาการซึมเศร้า (Melancholia) จะเป็นภาวะของการสูญเสียอันเป็นที่รัก (loss of object) ภายในระดับจิตไร้สำนึก และบุคคลจะมีภาวะของการสูญเสียความนับถือตนด้วย (loss of self-esteem) ซึ่ง Smith (1960) ได้กล่าวถึงปัจจัยด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1. การสูญเสียอันเป็นที่รัก (loss of the object)
2. ความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย หรือความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียด (Ambivalence)

3. การถดถอยของลิบโดเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของอีโก้

ดวงใจ กสานติกุล (2533) กล่าวว่า ตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ Freud อธิบายว่า ความโกรธนั้นเป็นส่วนหนึ่งของความรู้สึกสองจิตสองใจ (เช่นทั้งรักและเกลียด) ที่มีต่อความสูญเสีย (ซึ่งมักจะเป็นผู้เป็นที่รัก) ทำให้เกิดความรู้สึกผิดและความโกรธหันกลับเข้าหาตนเอง มีผลให้เกิดอารมณ์เศร้า นักจิตวิเคราะห์บางคนอธิบายว่า ความเศร้าโศกเกิดจากความล้มเหลวที่ไม่อาจเอื้อมไปสู่ความหวังที่ตั้งไว้สูงส่งเกินไป (ego ideal) เกินความสามารถของตน (ego capacity) โดยมากมักพบในผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพิงอาศัยผู้อื่นมาก (dependent) มีความเคารพเชื่อมั่นในตัวเองน้อย (Low self esteem) มีนโนธรรมสูง (Strong superego) ทำให้ทำหยาบและไม่พอใจตนเองอยู่เสมอ บุคลิกภาพเหล่านี้ ได้แก่ hysterical passive-dependent และ obsessive-compulsive personality ต่างจากพวก antisocial และ paranoid ที่ไม่ค่อยมี depression อีกทฤษฎีหนึ่งก็คือ การสูญเสียบิดาหรือมารดาตั้งแต่เล็ก ๆ มีส่วนให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ และจิตใจได้ในวัยผู้ใหญ่ หรือมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับมารดาตั้งแต่เล็ก ๆ (disturbed mother-child relationship) ทำให้เกิด ego ที่ไม่สมบูรณ์แบบ

Kaplan และ Sadock (1985) อธิบายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในทฤษฎีด้านพฤติกรรมว่า อารมณ์เศร้าเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบที่ไม่เหมาะสม (maladaptive response) เนื่องจากขาดแรงจูงใจ หรือจากสิ่งเร้า (ปัญหา) ซึ่งทำให้เกิดความเจ็บปวดจนทนไม่ได้ แต่ทฤษฎีจิตวิเคราะห์และทฤษฎีพฤติกรรมก็ลงความเห็นตรงกันว่าในโรครีซึมเศร้า (ซึ่งมีอาการเศร้ารุนแรง) สาเหตุไม่ได้มาจากปัจจัยด้านจิตใจอย่างเดียว

วิจารณ์ วิชัยยะ (2533) กล่าวว่า สาเหตุของอารมณ์เศร้า มีสาเหตุพื้นฐานที่สำคัญ คือ การเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งมีสาเหตุหลายประการได้แก่

1. Self-image ผู้ที่เจริญเติบโตจากครอบครัวที่แตกแยกมักจะมองภาพพจน์ของตนเองไม่ดี ขาดความมั่นคงทางจิตใจ ขาดความภูมิใจในตนเองทำให้เกิดอารมณ์เศร้า
2. Superego ซึ่งได้มาจากการอบรมสั่งสอนของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู อาจารย์ ตลอดจนศาสนาและวัฒนธรรม เพื่อให้บุคคลประพฤติตนเป็นคนดี รู้จักแยกสิ่งที่ดีและสิ่งที่ไม่ดีออกจาก

กัน Superego จึงเป็นส่วนเหนือจริงของจิตใจให้ประพฤติในสิ่งที่ชอบธรรม ศาสนาจะสอนในเรื่องบาปบุญคุณโทษตามความเชื่อของศาสนานั้น ๆ ดังนั้น Superego ของบุคคลที่มีความเชื่อในศาสนาแตกต่างกัน มีวัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณีแตกต่างกันก็อาจจะมี superego ในลักษณะที่แตกต่างกันได้ ผู้ที่มี superego สูงจะรู้สึกว่าคุณเองผิดอยู่เสมอ เพราะมีส่วนเหนือจริงสูง ขาดความยืดหยุ่น ปรับตัวยาก เพราะผู้ประพฤติปฏิบัติตามอุดมการณ์นั้นจะไม่ทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้องเลย เช่น ถ้าเป็นศาสนาพุทธก็จะต้องเป็นอริยบุคคลที่มีขั้นไม่ต่ำ จากความรู้สึกว่าคุณเองผิดหรือบาปจะทำให้เกิดอารมณ์เศร้าได้ง่าย

3. Ego-ideal เป็นพวกที่ตั้งเป้าหมายในชีวิตสูงเกินไป ขัดต่อข้อเท็จจริง ดีก็จะต้องดี 100 เปอร์เซ็นต์ บุคคลเหล่านี้จึงขาดความสนุกสนานเพราะรู้สึกว่าตนเองไม่ดีเท่าที่ควร มักชอบตั้งกฎเกณฑ์ให้กับตัวเองอยู่เสมอ เมื่อไม่ได้สมปรารถนาก็เกิดความผิดหวัง เกิดอารมณ์เศร้า บุคคลเหล่านี้เป็นพวกที่ไม่มองข้อเท็จจริง เกิดความขัดแย้งทางจิตใจได้ง่าย รู้สึกว่าตัวเองไร้ความสามารถ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (self-esteem)

4. Ego-function ความสามารถและทักษะของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกันไป ฉะนั้น การประสบความสำเร็จในชีวิตของแต่ละบุคคลจึงแตกต่างกัน ในเรื่องเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคลก็ต่างกันไปเช่นกัน ความต้องการของแต่ละบุคคลจึงย่อมแตกต่างกัน ทักษะในการประกอบอาชีพการงานหรือการเรียนรู้ในแต่ละบุคคลก็แตกต่างกัน ถ้าไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ความภาคภูมิใจในตนเองจะลดลง เกิดความเปล่าเปลี่ยวรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า รู้สึกว่าตนเองไม่ดีและผิดอยู่เสมอจึงเกิดอารมณ์เศร้า

นอกจากสาเหตุพื้นฐานแล้ว ยังมีสาเหตุอื่นที่เอื้ออำนวยให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งเรียกว่า Predisposing factors Nurnkerger และ Gershon (1982) กล่าวว่า ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่า affective disorder เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม จากการตรวจรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชมักพบว่า มีประวัติครอบครัวญาติพี่น้องเจ็บป่วยในลักษณะเดียวกัน จากการศึกษาค่าแฝดไข่ใบเดียวกันที่เป็น affective disorders พบว่า แฝดอีกคนมีโอกาสที่จะเป็นโรคอย่างเดียวกันถึงร้อยละ 65 แต่ถ้าเป็นไข่คนละใบมีโอกาสที่จะเป็นโรคอย่างเดียวกันเพียงร้อยละ 14 (Gershon และคณะ, 1977) Winokur (1979) ได้ศึกษาผู้ป่วย pure depressive disease 243 ราย พบว่าพ่อแม่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคอารมณ์เศร้าร้อยละ 14.5

และพี่น้องท้องเดียวกันร้อยละ 13.6 เด็กที่พ่อแม่เป็น affective disorders มีโอกาสที่จะเป็นโรคดังกล่าวสูงกว่ากลุ่มควบคุม 2.4-4.3 เท่า

Krestmer (อ้างถึงในวิจารณ์ วิชัยยะ, 2533) กล่าวถึง Constitution ว่าเป็น predisposing factors อย่างหนึ่ง เขาได้แบ่งบุคลิกภาพของคนเราเป็น 4 พวก คือ athletic type คือผู้ที่รูปร่างกายสมส่วน asthenic type เป็นพวกที่รูปร่างกายผอมสูง แขนขายาว คอแห้งซีด เป็นพวกที่ล่อแหลมต่อการเกิด schizophrenia pyknic type พวกอ้วนเตี้ย เป็นพวกที่ล่อแหลมต่อการเกิด affective disorders และพวก dysplastic type คือ ผู้ที่รูปร่างกายพิการยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่ารูปร่างลักษณะของคนเราเกี่ยวข้องกับ neurotransmitters ในสมองอย่างไรหรือไม่ วิจารณ์ วิชัยยะ (2533) กล่าวว่า constitution มีส่วนเกี่ยวข้องกับ affective disorder อยู่บ้างเท่านั้น

อายุและเพศ ถือว่าเป็นสาเหตุเอื้อต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเช่นกัน การศึกษาภาวะซึมเศร้านักพบว่า เกิดในเพศหญิงมากกว่าชายโดยประมาณ 3 ต่อ 1 (ดวงใจ กานตกุล, 2533; สุวัฒนา อารีพรรค, 2525; สมภาพ เรื่องตระกูล, 2517; ปราณี วัลมโชติ และณพดล สมบูรณ์, 2528) นักจิตวิเคราะห์เชื่อว่าเพราะหญิงมีทางออกของอารมณ์น้อยกว่าชาย อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาทาง biology พบว่า หญิงมีระดับของ mono-amine oxidase สูงกว่าชาย ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยที่ทำให้หญิงมีอารมณ์เศร้ามากกว่าชายก็ได้ และพบว่า อารมณ์เศร้าเพิ่มมากขึ้นตามอายุ ในวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างกาย เช่น วัยรุ่น วัยชรา ถ้ามีบุคลิกภาพที่ไม่ดีอยู่แล้ว ก็อาจเกิดอารมณ์เศร้าได้ง่ายเช่นกัน (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533)

วิธีการอบรมและการให้การศึกษาในวัยเด็กมีความสำคัญมาก เพราะอาจเป็นสาเหตุเอื้ออำนวยให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และในวัยเด็กเป็นวัยที่มีการพัฒนาของ ego และ superego การให้การศึกษาและฝึกอบรมในเรื่องศาสนา ศีลธรรม และวัฒนธรรมจึงมีส่วนเสริมสร้าง superego เป็นอย่างมาก จากการศึกษาผู้ป่วยอารมณ์เศร้าเปรียบเทียบกับคนปกติพบว่า ผู้ป่วยอารมณ์เศร้าสูญเสียบิดาหรือมารดาก่อนอายุ 16 ปีมากกว่าคนปกติ (Munro, 1966) และการศึกษาสุขภาพจิตเด็กที่ขาดพ่อแม่พบว่า เด็กไม่ได้ต้องการแต่อาหาร ความสุขสบาย และการเล่น แต่เขาต้องการความรักในระยะ 5 ขวบปีแรกมีความสำคัญมากถ้าขาดบิดาหรือมารดาจะทำให้เด็ก

มีบทบาททางสุขภาพจิต มารดาเป็นผู้วางรากฐานทางจิตใจของเด็ก รวมทั้งพฤติกรรมและการพัฒนาทางอารมณ์ (Grygier, Chesky และ Tutters, 1969)

Paykel (1969) รายงานว่าผู้ที่มีเรื่องสะเทือนใจหลาย ๆ เรื่องในระยะ 6 เดือนก่อนเกิดอาการ เกิดอารมณ์เศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 3 เท่า Cadoret, Winokur, Dorzab และ Baker (1972) ศึกษาในผู้ป่วยอารมณ์เศร้าพบว่า ผู้ป่วยอารมณ์เศร้าเกิดการสูญเสียสิ่งต่าง ๆ มากกว่าพี่น้องของตนเองถึง 2 เท่า และจากการศึกษาของ Jacob, Prusoff และ Paykel (1974) พบว่า ผู้ป่วยอารมณ์เศร้ามีเรื่องสะเทือนใจมากกว่าผู้ป่วย schizophrenia ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า Life events เป็นสาเหตุเอื้อให้เกิดภาวะซึมเศร้า

Socio-economic status สำเหตุของภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมของผู้ที่มีเศรษฐกิจแตกต่างกันก็จะแตกต่างกันไป ในผู้ยากจนเศรษฐกิจที่บีบรัดตัวทำให้เกิดความเครียด ความทุกข์ ขาดความผ่อนคลายและขาดความสะดักสะบายนต่าง ๆ ในผู้ที่ยากจนมักจะหนีไม่พ้นหนี้สิน ซึ่งเป็นสิ่งบีบคั้นอีกประการหนึ่ง ส่วนปัญหาของอารมณ์เศร้าในผู้ที่ร่ำรวยหรือมีฐานะในระดับปานกลางมักจะเกี่ยวข้องกับปัญหาในครอบครัว เช่น ปัญหาในชีวิตสมรส การเรียนและความประพฤติของลูก ๆ การเจ็บป่วยไม่สบาย เป็นต้น (Kielholz, 1986) และยิ่งในกรณีที่มีการอพยพย้ายถิ่นที่อยู่เข้ามาอยู่ในเมืองใหญ่ นอกจากจะทำให้เกิดความรู้สึกพลัดพรากแล้ว บุคคลเหล่านี้ยังมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจสูง และต้องการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่เป็นอย่างมาก ในแนวปฏิบัติทั่วไป จึงพบว่า บุคคลเหล่านี้มีปัญหากับสุขภาพจิตไม่น้อยในรูปแบบต่างกันไปทั้งโรคจิต โรคประสาท และอารมณ์เศร้า เพราะบุคคลเหล่านี้ขาดความมั่นคงทางจิตใจ ขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

Zerssen (1982) ได้ศึกษาบุคลิกภาพของผู้ป่วย affective disorders พบว่าบุคลิกภาพหลายแบบและเอื้อต่อการเกิดโรคด้วยดังนี้

1. Stable personality คือ ผู้ที่มีบุคลิกภาพเป็นปกติ ก่อนหน้าที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า มีความสามารถในหน้าที่การงานดีมาโดยตลอด อยู่ ๆ ก็เกิดอารมณ์เศร้าโดยหาสาเหตุไม่ได้ ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะเป็น endogenous depression หรือ unipolar depression

2. Depressive personality คือ บุคคลที่มีอารมณ์เศร้ากว่าปกติ สีหน้าครุ่นคิด อย่างที่ชาวบ้านเรียกกันว่า "อมทุกข์" บุคคลเหล่านี้จึงเกิดภาวะซึมเศร้าง่าย

3. Cyclothymic personality disorder ซึ่งพิจารณาตามเกณฑ์การวินิจฉัย ของ DSM-III โดยมีเกณฑ์ดังนี้

A. ในระหว่างระยะสองปีที่ผ่านมา มีหลายช่วงที่แสดงลักษณะอาการบางอย่าง ทั้ง depressive และ manic syndroms เกิดขึ้น แต่ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิด อาการไม่เพียงพอที่จะเข้าหลักเกณฑ์สำหรับ major depressive หรือ manic episode

B. ในระยะเวลาที่เกิด depressive และระยะเวลาที่เกิด hypomanic อาจค้นด้วยระยะเวลาที่มีอารมณ์ต่อเนื่องเป็นปกตินานหลาย ๆ เดือน อาจเกิดอาการทั้งสอง อย่างปนกันหรืออาจสลับกันได้

C. During depressive periods ในระยะนี้มีอารมณ์เศร้าหรือสูญเสีย ความสนใจหรือความพึงพอใจทั้งหมด หรือขาดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ตามปกติวิสัย และการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์เกือบทั้งหมด และอย่างน้อยแสดงลักษณะ 3 อย่างใน प्रकार ต่อไปนี้

1. นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป
2. มีพลังกำลังน้อย หรือมีอาการอ่อนเปลี้ยเพลียแรงอย่างเรื้อรัง
3. รู้สึกว่าตนเองบกพร่อง
4. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการเรียน การงาน หรือการดูแลบ้าน ลดลง
5. ความตั้งใจ การตั้งสมาธิ หรือความสามารถในการคิดอย่างแจ่มแจ้ง ลดลง
6. ถอยห่างออกจากสังคม
7. สูญเสียความสนใจหรือการหาความสุขทางเพศ
8. การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเพลิดเพลินอยู่ในวงจำกัด รู้สึกว่ากิจกรรมต่าง ๆ ที่ผ่านมากในอดีตนับว่าไม่ถูกต้อง
9. รู้สึกเชื่องช้าลง
10. พุดน้อยกว่าปกติวิสัย

11. มองอนาคตในแง่ร้ายหรือนั่งซึม นึกถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ในอดีตที่ผ่านมา
12. น้ำตาคลอ बै้าหรือร้องไห้

During hypomanic periods อาการจะตรงกันข้ามกับระยะ depressive periods

D. ไม่พบลักษณะต่าง ๆ ของโรคจิต เช่น อาการหลงผิดชนิดต่าง ๆ ประสาทหลอนชนิดต่าง ๆ พูดไม่ได้เรื่องราว หรือสูญเสียการเชื่อมโยงต่าง ๆ

4. Obsessive compulsive personality disorders ตาม Ninth International Classification of Disease (ICD-9) กล่าวว่า เป็นความผิดปกติของบุคลิกภาพที่มีลักษณะไม่มั่นคงทางจิตใจ ขี้สงสัย และรู้สึกว่าตัวเองไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความรู้สึกในเรื่องความถูกต้องตามทำนองธรรมเนียมมากเกินไป ตรวจสอบแล้วตรวจสอบอีก เป็นผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงยากและมีความละเอียดรอบคอบมากเกินไป อาจเป็นคนตื้อรั้นและมีความคิดที่จะทำให้เกิดความไม่สบายใจ หรือความรู้สึกที่เกิเกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วนอย่างรุนแรงพลันแต่ไม่รุนแรงเท่ากับ obsessive neurosis เป็นคน perfectionism และพิถีพิถันละเอียดละออ บุคลิกภาพต่าง ๆ ที่กล่าวมาเป็น predispose ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า สมมติฐานของความเกี่ยวพันระหว่างบุคลิกภาพและภาวะซึมเศร้า ได้แนวทางมาจากการตรวจผู้ป่วยทางคลินิก การสืบค้นเรื่องราวต่าง ๆ ของผู้ป่วยและถูกคิดอย่างเป็นระบบ การสืบค้นรายงานต่าง ๆ ที่ได้บันทึกไว้ และการแปลผลจากการทดสอบทางจิตใจชนิดต่าง ๆ (psychometric techniques)

นอกจากสาเหตุพื้นฐานและสาเหตุที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังมีปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Precipitating factors) อีกหลายปัจจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Psychological stresses อย่างเช่น การสูญเสียของรัก (Loss of love object) มีความหมายกว้างขวางตั้งแต่คนใกล้ชิด ข้าวของเงินทอง สัตว์เลี้ยง ฯลฯ การสูญเสียทุกชนิดถือว่าทำให้เกิด Grief reaction ได้ และถ้าอาการเศร้านานกว่า 6 เดือนก็ถือว่าเป็น depressive illness อย่างไรก็ตาม การสูญเสียถือว่าเป็น reactive หรือ exogenous depression แต่ในบางคราวการสูญเสียก็เป็นสาเหตุกระตุ้นของ endogenous depression ได้เช่นกัน และในบางคราวไม่สามารถที่จะแยกได้ว่าเป็น endogenous หรือ reactive depression ในกรณีที่เกิด Chronic frustration

ยอมแน่นอนว่าผู้ที่อยู่ในภาวะผิดหวัง คับข้องใจมาเป็นระยะเวลาานาน ๆ โดยหาทางออกไม่ได้ ย่อมเกิดอารมณ์เศร้าได้ ความผิดหวังคับข้องใจหรือความไม่สมหวังรวมกับความตึงเครียดและวิตกกังวล ผู้ที่อยู่ในภาวะดังกล่าวเป็นระยะเวลาานาน ๆ อาจอยู่ในสภาพที่เรียกว่า "learned helplessness" พวกนี้จะเชื่องช้าเชื่องซึมไม่สามารถจะช่วยเหลือตัวเองได้และมีอารมณ์เศร้าหรือในกรณีที่เกิด Loss of self-esteem อาจกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เพราะคนเรามีชีวิตอยู่ได้ย่อมต้องการทั้ง physical need และ psychological need ความภาคภูมิใจในตนเองเป็น psychological need อย่างหนึ่ง ความสามารถในการทำหน้าที่การงานลดลง สติปัญญาเสื่อมถอย การสูญเสียเกียรติยศชื่อเสียง ความล้มเหลวทางเศรษฐกิจ การสูญเสียความรัก ย่อมทำให้เกิดการสูญเสีย self-esteem ได้ทั้งสิ้น และเป็นตัวนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Nurnberger และ Gershon, 1982)

Kandell และคณะ ได้กล่าวว่า ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้า ก็คือ Physical stresses ในรายที่มีอาการทางกายอาจเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย หรือในหญิงตั้งครรภ์พบว่า หญิงจำนวนไม่น้อยรู้สึกหงุดหงิดง่าย อารมณ์ตึงเครียด โมโหฉุนเฉียวและเกิดภาวะซึมเศร้าได้ หรือผู้ที่สูญเสียอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ในการใช้ยาบางขนานก็อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ถือว่าเป็น Pharmacological stress (Cardoret และคณะ, 1972)

ข. แนวความคิดเกี่ยวกับระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

การตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาที่สำคัญในชีวิตของสตรี ซึ่งมักเต็มไปด้วยความพึงพอใจมีความสุขในขณะที่เดียวกันก็มีทั้งความกลัว ความสงสัย ความเครียด และมีข้อขัดแย้งต่าง ๆ ปฏิกริยาต่าง ๆ ของสตรีที่มีต่อการตั้งครรภ์มีผลมาจากเหตุการณ์ทั้งในอดีตและปัจจุบัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่มีต่อสามี และบิดา มารดา โดยเฉพาะมารดา ความรู้สึกเกี่ยวกับความเป็นจริง ความปรารถนาที่จะเป็นมารดา และการประเมินคุณค่าของตนเองในสังคม รวมทั้งการคาดหวังที่จะได้รับจากการตั้งครรภ์ด้วย (Ryder, 1985; Zajicek, 1981) การตั้งครรภ์ถึงแม้ว่าจะเป็นสิ่งที่เป็นไปตามธรรมชาติ แต่ก็จัดว่าเป็นระยะที่มีความสำคัญและเสี่ยงต่อภาวะวิกฤติ ทั้งนี้

เพราะการตั้งครรภ์ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้หญิงทุกคน (Richardson, 1981) การตั้งครรภ์ถือว่าเป็นความเครียดที่ก่อให้เกิดความไม่สมดุลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีหลักฐานทั้งทางด้านคลินิกและงานวิจัยมากมายที่สนับสนุนว่า ในขณะที่ตั้งครรภ์หญิงมีความไม่สมดุลทางอารมณ์ (Norbeck, 1983) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อาจเนื่องมาจากระดับของฮอโมน ซึ่งอาจทำให้มีอาการเปลี่ยนแปลงไป ร้องไห้ง่าย โกรธโดยไม่มีเหตุผล วิตกกังวล บางครั้งมีพฤติกรรมรุนแรงจนอาจตกใจต่อการขาดการควบคุมตนเอง ซึ่งอารมณ์เหล่านี้อาจเกิดเป็นช่วงสั้น ๆ ส่วนอารมณ์ความรู้สึกที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์คือ ความต้องการความมั่นใจ อาจเต็มไปด้วยความหวัง มองโลกในแง่ดี ส่วนบางคนกลับซึมเศร้า กังวลเกี่ยวกับการคลอด กลัวการแท้ง โดยเฉพาะในรายที่มีประวัติตั้งครรภ์แล้วแท้งมาก่อน กลัวว่าบุตรเกิดมาจะมีพิการ กลัวว่าจะคลอดยาก เป็นต้น (วารุช สราธรรมย์, 2531) เชน แสงสิงแก้ว (2521) ได้แบ่งความหวาดกังวลในหญิงมีครรภ์ออกเป็น 8 ประเภท ดังนี้

1. วิตกกังวลไปก่อนว่าการมีบุตร คือ ความลำบากด้วยประการต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งอธิบายไม่ได้ เกรงว่าเด็กเกิดมามีอาการไม่ครบ 32 กลัวพิการ
2. หวั่นเกรงไปว่าจะมีอันตรายในการคลอด
3. หวาดกังวลในเรื่องความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย กังวลว่าจะทำให้เกิดอันตรายต่าง ๆ
4. เรื่องการเงิน เกรงว่าเงินจะไม่พอใช้
5. หวาดกังวลในเรื่องครอบครัว ในเรื่องสามี พ่อแม่ของสามี และญาติมิตร ฯลฯ
6. หวาดกังวลในบางราย อันเกี่ยวกับลูกนอกกฎหมาย
7. การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบิดามารดายังไม่พึงประสงค์
8. วิตกกังวลต่อการจะเลี้ยงทารกต่อไปในอนาคต วิตกว่าถ้าบุตรไม่ดีจะทำอย่างไร การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ในหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์จะแตกต่างกันไป ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (วารุช สุมาวงศ์, 2527; Lambert, 1973)

ระยะไตรมาสหนึ่งของการตั้งครรภ์ (First Trimester) ได้แก่ ช่วงอายุครรภ์ 1-13 สัปดาห์นับจากวันแรกของระดูครั้งสุดท้าย การเปลี่ยนแปลงระยะแรกนี้จะเริ่มมีอาการเมื่อ

อายุครรภ์ได้ประมาณ 8 สัปดาห์ โดยพบว่า มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หน้าอกเริ่มขยายใหญ่ ถ้าย่ำสัปดาห์ย่อย ว่างนอนกว่าปกติ อาจมีอาการปวดเมื่อยและอ่อนเพลีย อาการของหญิงระยะนี้ จะเปลี่ยนแปลงได้ง่าย อาจร้องไห้ หรือหัวเราะ หรือโกรธง่าย มีความรู้สึกไวต่อสิ่งรอบข้าง หงุดหงิดง่าย บ่นจู้จี้ ไม่อดทน น้อยใจง่าย และอ่อนไหว (Caplan, 1961) Moore และ Ora (1978) กล่าวว่า ในช่วงนี้เป็นระยะที่เกิดความรู้สึกสับสนเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และความต้องการเด็ก ทั้งนี้เพราะการตั้งครรภ์ทำให้รู้สึกว่าตนเองได้รับความพึงพอใจ แต่ในขณะที่เดียวกันก็รู้สึกว่าเกิดความสูญเสีย และอาจรู้สึกเศร้าทันทันทีที่รู้ว่าตั้งครรภ์ ซึ่งความรู้สึกนี้ไม่เกิดเฉพาะกับหญิงมีครรภ์แรกเท่านั้นยังอาจเกิดกับหญิงที่ตั้งครรภ์เป็นครั้งที่ 2-3 ได้อีก อาจเนื่องมาจากความคิดที่ว่า การตั้งครรภ์ทำให้ตนสูญเสียความเป็นอิสระมีการะเพิ่มมากขึ้นทั้งด้านความเป็นอยู่ ความรับผิดชอบในหน้าที่ การเงิน เศรษฐกิจที่เพิ่มมากขึ้น และจากการศึกษาของ Zajicek (1981) พบว่า ในขณะที่ตั้งครรภ์มีทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจไว้ก่อนอาจบอกว่า ตั้งครรภ์โดยบังเอิญ มีทั้งผู้ที่พอใจและไม่พอใจกับการตั้งครรภ์ บางคนรู้สึกเสียใจที่เกิดการตั้งครรภ์ขึ้นมา ส่วนมากความรู้สึกในทางลบจะเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ และมักหายไปเมื่อเด็กเริ่มเดิน และพบว่า ผู้หญิงที่ไม่ชอบการตั้งครรภ์มักจะไม่ชอบการเป็นมารดา รู้สึกตัวเองไม่เหมือนธรรมดา มีเจตคติในทางไม่ดี มักจะเป็นโรคประสาท สนิทกับมารดาน้อย และมักมีประสบการณ์กับครอบครัวที่ไม่เป็นสุขมาก่อน มีปัญหาในชีวิตสมรสและเศรษฐกิจ

ระยะไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ (Second Trimester) ได้แก่ ช่วงอายุครรภ์ 14-27 สัปดาห์ ในระยะนี้ถึงแม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายมากขึ้น เช่น หน้าท้องขยายใหญ่ น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น มีการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ แต่อาการของหญิงในระยะนี้กลับคงที่มากขึ้น อาจเป็นเพราะการปรับตัวต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และมีการยอมรับความเป็นจริงต่อการตั้งครรภ์ของตนเองมากขึ้น และรู้สึกว่าทารกในครรภ์เป็นส่วนหนึ่งของตนเมื่อทารกในครรภ์เริ่มเดินทำให้รับรู้ได้มากขึ้น (Lambert, 1973; Williams, 1983; Olds, Sally, Marcial, Ladewing และ Patricia, 1984)

ระยะไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ (Third Trimester) ได้แก่ ช่วงอายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์ เป็นระยะสุดท้ายของการตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์จะเติบโตอย่างรวดเร็ว และเคลื่อนไหวเร็วและแรงขึ้น ทางด้านอารมณ์จะรู้สึกภาคภูมิใจมากขึ้น แต่ขณะเดียวกันจะรู้สึก

วิตกกังวลต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้น เนื่องจากใกล้ระยะคลอดทำให้วิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยทั้งตนเองและบุตร เช่น กลัวการตกเลือด กลัวความเจ็บปวดจากการคลอดบุตร กลัวการอยู่โรงพยาบาล กลัวทารกที่เกิดมาจะมีผิดปกติ กลัวการคลอดอาจทำให้ทารกเกิดอันตราย (Williams, 1983; Olds และคณะ, 1984)

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ระยะตั้งครรภ์สตรีมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย และอารมณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละระยะ โดยระยะไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 3 จะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มากกว่าระยะไตรมาสที่ 2 ซึ่งมีอารมณ์คงที่มากกว่า

ระยะคลอดถือว่าเป็นระยะวิกฤติต่อมารดาเช่นกัน แม้ว่าการคลอดบุตรจะเป็นกระบวนการทางด้านสรีรวิทยาตามธรรมชาติก็ตาม แต่การที่มารดาเจ็บครรภ์ในระยะคลอดบุตรก่อให้เกิดความไม่สบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อยู่ในภาวะเครียด มีความวิตกกังวลและกลัว อาจเป็นเพราะการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมจากบ้านมาอยู่โรงพยาบาล อีกทั้งการถูกจำกัดการติดต่อกับสมาชิกในครอบครัวมาอยู่กับเจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์ซึ่งเป็นคนแปลกหน้า นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ต้องปฏิบัติต่อมารดาและที่สำคัญคือ มารดาได้รับความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์ได้ยินเสียงร้องจากความเจ็บปวดของมารดาคนอื่น ๆ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดความไม่สบาย ความตึงเครียด และความกลัวแก่มารดาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Clark และคณะ 1979) ชูทิศย์ ปานปรีชา (2519) กล่าวว่า การคลอดเป็นต้นเหตุที่สำคัญประการหนึ่ง ที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตเวชในระยะหลังคลอด เพราะการคลอดเป็นตัวก่อให้เกิดความเครียดของร่างกายและมีการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยา มีการเสียเลือด เสียน้ำ การคลอดที่ล่าช้ากินเวลานานมีความเจ็บปวดมากทำให้ vital organ ต่าง ๆ ทำงานมากกว่าปกติ เกิดภาวะ physical exhaustion (Treatway, 1969; Davenport-Slack และ Boylan, 1974) อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางเอ็นโดไครน์ (endocrine change) มีการเปลี่ยนแปลงในระดับฮอร์โมน การลดระดับของ progesterone หลังคลอด ตรวจพบว่า norepinephrin ลดลงสภาพเช่นนี้ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งในระยะตั้งครรภ์มี progesterone ในระดับสูงอยู่นาน แล้วลดต่ำลงอย่างรวดเร็วเมื่อคลอดบุตร อาจทำให้เกิดอาการ Withdrawal Psychosis เป็นแบบ Acute Psychosis ได้ (Keeler และคณะ 1964)

วิธีการคลอดทำให้มารดาเกิดความเครียดวิตกกังวลและหวาดกลัวมากขึ้น ถ้าวิธีการคลอดผิดไปจากปกติธรรมดา เช่น การผ่าตัด การใช้เครื่องมือช่วยคลอดในกรณีคลอดยาก สภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความบีบคั้นทางจิตใจได้มาก หรือในกรณีต้องใช้ยาช่วย เช่น ยาจำพวก sedative หรือ hypnotics อาจมีผลทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจในระยะหลังคลอดได้ (อรรถพร วิสุทธีมรรค และ ชูทิศย์ ปานเมธีชา, 2519)

ระยะหลังคลอด เป็นอีกสภาพการณ์หนึ่งที่เป็นผลต่อเนื่องมาจากระยะตั้งครรภ์และขณะคลอด มีผู้ทำการศึกษาค้นคว้าไว้มากเกี่ยวกับสภาพจิตใจของหญิงระยะหลังคลอด ซึ่งพบว่าความผิดปกติทางจิตหลังคลอดนั้น เชื่อกันว่าเป็นผลมาจากความตึงเครียดที่เกิดขึ้นระยะตั้งครรภ์และขณะคลอด และจากภาระหน้าที่ความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูทารกซึ่งความตึงเครียดหรือความบีบคั้นนี้ มีสาเหตุจากหลาย ๆ ปัจจัย ซึ่ง Asch และ Rubin (1974), Kaplan (1985) และ David (1985) ได้กล่าวไว้ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของสารเคมี epinephrine และ norepinephrine ในร่างกายจะลดลงทันทีทันใด เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนนี้มีผลกระทบต่อสภาพอารมณ์และจิตใจของหญิงหลังคลอด
2. การเปลี่ยนแปลงรูปร่างหรือภาพพจน์ของตนเอง ส่วนใหญ่ภายหลังคลอด โดยเฉพาะในช่วง 2-3 เดือน มักจะมีรูปร่างไม่กระชับสมส่วนดังเช่นเมื่อก่อนตั้งครรภ์ ทำให้หญิงบางคนเคยมีความภูมิใจ ให้ความสำคัญเป็นที่สุดต่อรูปลักษณ์ของตน จึงทนหรือยอมรับไม่ได้ต่อสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก
3. มีข้อขัดแย้งในจิตใจได้สำนึกเกี่ยวข้องกับ การตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของความ เป็นหญิงอย่างสมบูรณ์ ยอมรับสภาพการตั้งครรภ์และการมีเด็กไม่ได้ เนื่องจากสภาพชีวิตในวัยเด็กหรือความสัมพันธ์กับบิดามารดาในอดีต ทำให้หญิงนั้นไม่ชอบหรือต่อต้านบทบาทความเป็นหญิง (feminine role)
4. สภาพจิตใจในการเตรียมตัวเป็นมารดาของทารกแรกเกิด หญิงตั้งครรภ์จะต้องรับภาระตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ว่ามีกรวางแผนเป็นที่ต้องการ และเป็นที่ยอมรับหรือไม่ ความสัมพันธ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับสามี หรือความสัมพันธ์ของสามี ภรรยา กับญาติพี่น้องของแต่ละฝ่าย มีความขัดแย้งไม่ลงรอยกันหรือไม่ รวมทั้งความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์กับการรับผิดชอบเลี้ยงดูทารก และความหวาดหวั่นด้านอื่น ๆ อีก

ค. แนวความคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด

Paffenbarger (1964) กล่าวว่า เป็นการยากในการที่จะป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตใจในสตรีระยะตั้งครรภ์ เขาได้ศึกษาใน American mental hospitals ซึ่งบันทึกข้อมูลจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเป็นครั้งแรก ในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดแล้ว 6 เดือน เขารายงานว่ อาการเริ่มแรกของการเจ็บป่วยทางจิตระยะตั้งครรภ์มีอุบัติการ 5 ต่อ 10,000 คน และสูงขึ้นในระยะหลังคลอดเป็น 19 ต่อ 10,000 คน ซึ่งอุบัติการของ psychosis กับ neurosis ในระหว่างตั้งครรภ์เท่ากับ 1 ต่อ 2 แต่ในระยะหลังคลอดจะเกิด psychosis มากกว่า neurosis ในการสำรวจลักษณะคล้าย ๆ กันของ Pagh และคณะ (1963) พบว่า การเจ็บป่วยทางจิตในระยะตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดน้อยกว่าระยะหลังคลอด แต่การศึกษาทั้ง 2 อย่างแสดงให้เห็นว่า ในระยะตั้งครรภ์นั้นควรจะมีการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต

ในทางระบาดวิทยา Tod (1964) ศึกษาสตรีระยะตั้งครรภ์พบว่า มีความสัมพันธ์กันระหว่างความวิตกกังวลในระยะตั้งครรภ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ส่วน Dalton (1971) ศึกษาแบบ prospective พบว่า สตรีตั้งครรภ์จำนวน 500 ราย เกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 37 Wolkind และ Zajicek (1981) ศึกษาแบบ prospective เช่นกัน แต่ในสตรีที่ทำงานนอกบ้าน และตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก พบว่า เกิดความเจ็บป่วยทางจิตเวชเพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด ซึ่งเกิดมากในไตรมาสที่ 3 ประมาณร้อยละ 14 ส่วนใหญ่แล้วสตรีระยะตั้งครรภ์ภายใน 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์จะเกิดภาวะตึงเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าได้ เมื่อผ่านเข้าสู่ไตรมาสที่ 2 ภาวะตึงเครียด และความวิตกกังวลจะลดน้อยลง และมีความแตกต่างกันน้อยมากในการเกิดภาวะซึมเศร้าระหว่างไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 3 (Kumar และ Robson, 1978) จากการรายงานของสูติแพทย์มักพบว่า สตรีระยะตั้งครรภ์มักบ่นถึงความรู้สึกซึมเศร้า ไม่มีความสุข และรู้สึกสิ้นหวัง ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเนื่องจากความรู้สึกขัดแย้งในใจ และอาจมาจากการสูญเสีย ซึ่งมักมีอาการแสดงให้เห็นจากการที่ความสามารถในการทำหน้าที่ตามปกติลดลง Kendell (1976) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอาจเนื่องมาจากเหตุการณ์ไม่น่าพึงพอใจในอดีต ซึ่งปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าก็คือ immature personality และยังมีปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอีกดังนี้

1. Frustration ความขัดแย้งในใจ อาจมาจากหน้าที่การงาน หรือความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับญาติผู้ใหญ่
2. Losses การสูญเสียจะรวมทั้งการสูญเสียญาติมิตรหรือบุคคลอื่นเป็นที่รัก สถานภาพในหน้าที่การงาน และการย้ายถิ่นฐาน ไปสู่สิ่งแวดล้อมใหม่
3. Persistent adverse social conditions เจ็บใจทางสังคมจะเกี่ยวกับเรื่องของการอยู่อาศัยที่แออัด หรือไม่มีที่อยู่อาศัย การมีหนี้สินและการมีรายได้น้อย
4. Psychosocial factors เกี่ยวกับสถานภาพที่เสียเปรียบทางสังคมของสตรี ความรู้สึกสิ้นหวัง และความต้องการพึ่งพิงสูงทำให้สตรีแสดงออกโดยการเกิดภาวะซึมเศร้า การแต่งงานอาจช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเพศชาย แต่ดูเหมือนเป็นเครื่องทำลายสุขภาพจิตในเพศหญิง
5. Marital difficulties เป็นปัจจัยเกี่ยวกับสถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาและญาติ

สำหรับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในทางจิตเวชแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามความรุนแรง คือ puerperal psychosis, puerperal depression และ Maternity blues (Priset, 1985) ซึ่งพบว่า maternity blues เกิดในช่วงวันที่ 3 หรือ 4 หลังคลอดและอาจเป็นอยู่เพียง 2-3 ชั่วโมง หรือไม่นานไปกว่า 2 วัน ถึงแม้จะเป็นเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ซึ่งแพทย์ไม่ค่อยให้ความสำคัญ แต่อันที่จริงแล้วเป็นเรื่องที่น่าเอาใจใส่อย่างยิ่งเพราะเป็นไปได้ว่า maternity blues อาจนำไปสู่รูปแบบของความผิดปกติที่รุนแรงมากขึ้น การศึกษาในปัจจุบันพบว่า มักเกิด "blues" ระหว่างร้อยละ 50 ถึง 76 (Kane, 1968; Yalom, 1968; Davidson, 1972; Pitt, 1973; Nott, 1976; Harris, 1980; Stein, 1980)

ภาวะซึมเศร้าระยะหลังคลอด (puerperal depression) ระดับความรุนแรงอยู่ระหว่าง psychosis และ "blues" ซึ่งพบว่ามีควมวิตกกังวลที่มากผิดปกติหรือความทุกข์ที่เกิดจากอาการทางกาย และถ้า 2 สิ่งนี้มีมากก็จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ Ryle (1961) และ Tod (1964) พบว่า ผู้ป่วยในระยะหลังคลอดเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับ psychosis ร้อยละ 3 และ Pitt (1968) ศึกษาผู้ป่วยในระดับ blues และ depression พบร้อยละ 10.8 ส่วน Kumar และ Robson (1978) พบสถิติใกล้เคียงกับ Pitt คือร้อยละ 11 ในกลุ่ม

Scandinavia และ England พบร้อยละ 18 ถึง 25 (Jacobson, Kaij และ Nilsson, 1965; Nilsson และ Almgren, 1970; Blair และคณะ, 1970) Kaplan (1985) และ Welner (1982) กล่าวว่า ส่วนใหญ่การเกิดภาวะซึมเศร้ามักพบในสตรีซึ่งคลอดบุตรคนแรกและมีโอกาสเกิดได้อีกเมื่อคลอดบุตรคนต่อไปถึงร้อยละ 30-50 ซึ่งจะเกิดในระยะ 30 วันหลังคลอด Kendell (1978) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับรายละเอียดในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดระดับ psychotic เขารายงานว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดสูงสุดในช่วง 3 เดือนหลังคลอด ซึ่ง Rees และ Lutkins (1971) กล่าวสนับสนุนการเกิดภาวะซึมเศร้าว่ามีสาเหตุสัมพันธ์กับการเกิดความวิตกกังวลในระยะตั้งครรภ์ ซึ่ง Pitt (1968), Jarrahi-Zadel และคณะ (1969) และ Davidson (1972) พบว่า ภาวะซึมเศร้าจะเกิดในระยะตั้งครรภ์มากกว่าระยะหลังคลอด แต่ Kumar และ Robson (1978) กลับพบว่าร้อยละ 10 เกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ และร้อยละ 11 เกิดในระยะหลังคลอด อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้ามีอุบัติการณ์ที่สูงทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดเหมือนกัน Elliott และคณะ (1983) ศึกษารายละเอียดเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิทยาาระหว่างตั้งครรภ์ และหลังคลอดพบว่า ส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันระหว่างระยะตั้งครรภ์ช่วงหลัง ๆ กับระยะหลังคลอด ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติ การคาดหวัง และความต้องการการช่วยเหลือ โดยจะสัมพันธ์กับความวิตกกังวลที่เขามีอยู่

อย่างไรก็ตาม การเกิดภาวะซึมเศร้าไม่ว่าจะในระยะตั้งครรภ์หรือระยะหลังคลอดย่อมไม่ได้เกิดจากปัจจัยตัวใดตัวหนึ่งเท่านั้น แต่เกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกันซึ่งอธิบายได้ดังนี้ (Persit, 1985)

1. Constitutional factors เป็นปัจจัยเกี่ยวกับประวัติครอบครัว และประวัติการเจ็บป่วยทางจิต puerperal psychosis มีลักษณะคล้ายกับ psychosis ในสตรีทั่ว ๆ ไปที่ไม่ได้คลอดบุตร ซึ่งพบว่าประวัติครอบครัวและประวัติการเจ็บป่วยทางจิตมีส่วนเกี่ยวข้องกับโรค Sim (1963) พบร้อยละ 53 ที่มีประวัติครอบครัวว่ามีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวช Thuwe (1974) แสดงให้เห็นว่า เด็กที่แม่เคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทางจิตเวชเนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรกในระยะหลังคลอดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะการเจ็บป่วยทางจิตในเด็กด้วย Martin (1958) สรุปจากการสำรวจผู้ป่วย 75 รายที่เข้ารับการรักษาเนื่องจากเกิดอาการทางจิตหลังคลอด ซึ่งแน่ใจว่าสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคมมาจากพันธุกรรม (heredity)

ในส่วนของการปฏิบัติกรเจ็บป่วยทางจิตในอดีตมีส่วนเกี่ยวข้องกับไม่น้อยเช่นกัน Seager (1960) พบว่า สตรีหลังคลอดที่เกิดการเจ็บป่วยในระดับ psychosis นั้นเคยมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตมาก่อนเป็นส่วนใหญ่ ขณะที่ Janssen (1964) พบว่า ผู้ป่วยระยะหลังคลอดส่วนใหญ่เคยเจ็บป่วยทางจิตมาก่อนเช่นกัน และ Sim (1963) พบว่า ผู้ป่วยระยะหลังคลอดที่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตถึงขั้น psychosis มาก่อนถึงร้อยละ 27.6 และความผิดปกติไม่ถึงขั้น psychosis พบร้อยละ 44 การศึกษาของ Pitt (1973) ตลอดจนการศึกษาของบุคคลอื่น ๆ อีก พบว่า มีความสัมพันธ์กันระหว่างประวัติครอบครัวและประวัติการเจ็บป่วยในอดีตกับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เรียกว่า "blues" แต่ภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดระดับ Neurotic นั้น ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กันกับการเกิดโรค หลักฐานนี้แสดงว่าภาวะซึมเศร้าบางระดับเท่านั้นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีตซึ่งอาจเป็นความขัดแย้งในใจเท่านั้น ไม่เฉพาะ Pitt (1968), Dalton (1971), Kumar และ Robson (1978) เท่านั้นที่พบประวัติความเจ็บป่วยในอดีตบางอย่าง แต่ Tod (1964) ยังพบว่าประวัติการเจ็บป่วยในอดีตร้อยละ 55 ของสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และมีเพียงร้อยละ 7 เท่านั้นที่พบในสตรีหลังคลอดซึ่งปกติ Paykel และคณะ (1980) พบ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชร้อยละ 63 ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอยู่ในระดับ mild ถึง moderate และร้อยละ 13 เท่านั้นในผู้ที่ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าเลย จะเห็นว่าความแตกต่างกันนั้นมีค่าห่างกันมาก Braverman และ Roux (1978) พบว่า ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตสามารถใช้ในการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าระยะหลังคลอดได้ Watson และคณะ (1984) พบว่า มีความสัมพันธ์กันระหว่างภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดกับประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชหลังคลอดเช่นกัน

2. Previous personality บุคลิกภาพดั้งเดิม หมายถึง ลักษณะนิสัยหลายแบบที่ไม่พึงปรารถนาและเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เช่น ลักษณะเหลวไหล พฤติกรรมไม่เหมาะสมกับวัย ไม่มีมั่นคง อ่อนแอ มองตนเองไร้ค่า ขี้อาย ก้าวร้าว และไม่ยอมรับหรือปฏิเสธความเป็นจริง Sim (1963) อธิบายถึงชนิดของบุคลิกภาพก่อนเกิดโรคในผู้ป่วยหลังคลอด ส่วนใหญ่พบว่า โดยปกติเป็นคนซึมเศร้าง่ายโดยแสดงออกถึงการมีจิตใจไม่มีมั่นคง อ่อนแอ เมื่อมีปัจจัยมากระตุ้น เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเจ็บไข้ การคลอด และการเกิดของเด็ก เป็นต้น ก็จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

Pitt (1968) ใช้เครื่องมือ Mandsly Personality Inventory วัดในสตรีที่เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบว่า มีบุคลิกภาพแบบ neuroticism และ introversion (การสนใจกับสิ่งภายในตัว) ส่วน Kumar และ Rabson (1978) ใช้ Eysenck Personality Inventory พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่าง neuroticism กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด Nilsson และ Almgren (1970) ใช้สตรีกลุ่มที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวหลังคลอด โดยมีลักษณะคล้ายกันคือจะปฏิเสธหน้าที่ของมารดา เพราะว่าเขาเหล่านั้นมีแนวโน้มว่าเคยมีความสัมพันธ์กับมารดาน้อยมาก และมีความสัมพันธ์กับบิดามากกว่า ข้อลักษณะของความ เป็นชายและมีความชุกลำบากในเรื่อง sexual adjustment และไม่มีลักษณะของการเป็นมารดาเลย Hayworth และคณะ (1980) พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างความขัดแย้งในใจเกี่ยวกับลักษณะของความ เป็นหญิง ในขณะที่ตั้งครรภ์ กับภาวะซึมเศร้าระยะหลังคลอด

3. Age ในเรื่องของอายุมีหลักฐานน้อยมากที่กล่าวได้ว่า อายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าระยะหลังคลอด Janssen (1964) และ Paffenbarger (1964) กล่าวว่า สตรีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเนื่องจากเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีแนวโน้ม ส่วนใหญ่เป็นสตรีอายุมาก แต่ Seager (1960) และ Protheroe (1969) กลับพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของอายุ ส่วนความผิดปกติระดับไม่รุนแรงมาก Kumar และ Robson (1978) พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกี่ยวกับอายุกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่ง สตรีที่อายุเกิน 30 ปีมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก แต่ Paykel และคณะ (1980) กลับกล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนั้นจะมีอายุน้อยกว่าพวกที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ขณะที่ Tod (1962) และ Pitt (1968) ไม่พบความแตกต่างดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม การศึกษาจำนวนมากซึ่งผลปรากฏคล้ายคลึงกันก็คือ ภาวะซึมเศร้า ระยะหลังคลอดมักเกิดในมารดาที่มีบุตรครั้งแรก (Fondeur และคณะ, 1957; Paffenbarger, 1964; Protheroe, 1969; Janssen, 1964) Dean และ Kendell (1981) กล่าวอีกว่า มีความเป็นไปได้มากที่อัตราการเจ็บป่วยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะเพิ่มมากขึ้นหลังจากคลอดบุตรคนแรกแล้วเคยเกิดภาวะซึมเศร้ามาก่อน

4. Hormonal changer Dalton (1960) และ Malbson (1953) อธิบายว่าเกิดภาวะไม่สมดุลขึ้นระหว่าง estrogen และ progesterone ในช่วงที่ 3 ของการคลอด ซึ่ง Gilder (1978) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ "blues" พบว่า สัดส่วนของ progesterone จะลดลงในช่วงสุดท้ายของการตั้งครรภ์ และ Nott และคณะ (1976) ได้กล่าวสนับสนุนในเรื่อง

นี้ และเพิ่มเติมว่าผู้ที่มีการซึมเศร้ามักรายงานว่า มีความตึงเครียดเกิดขึ้นมากในช่วงก่อนมีประจำเดือน แต่ภาวะซึมเศร้าซึ่งไม่ใช่ blues หรือ Psychosis เน้นเพียง depression หรือ neurotic พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนน้อยมาก

5. Obstetric complication Pitt (1968), Dalton (1971), และ Kumar และ Robsen (1978) พบว่า อุบัติการณ์ของโรคแทรกซ้อนไม่ได้สูงขึ้นเลยในสตรีที่เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ขณะที่ Paykel และคณะ (1980) รายงานว่าเกิดค่อนข้างน้อย Dean และ Kendell (1981) พบว่า สตรีที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจิตเวชในช่วง 3 เดือนแรกหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการคลอดโดยวิธีการผ่าออก (caesarean section)

6. Psychological factors

6.1 Bonding สำหรับความผูกพันนั้นจากการศึกษาของ Klaus และ Kennell (1976) แสดงให้เห็นว่า ความผูกพันเป็นสิ่งสำคัญซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความต้องการของมารดาที่อยากสัมผัสใกล้ชิดบุตร ซึ่งถือว่าเป็นการเริ่มต้นที่ดีในเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างมารดากับบุตร และเชื่อว่าเป็นสิ่งสำคัญที่แสดงให้เห็นว่ามารดานั้นยินดีต้อนรับบุตรสู่โลกภายนอก พฤติกรรมของมารดาเป็นสิ่งแสดงสภาวะอารมณ์ที่มีต่อบุตร เช่น พฤติกรรมการเอาใจใส่ทารก ความรับผิดชอบเลี้ยงดูทารก การมองประสานสายตาระหว่างมารดาและทารก เป็นพฤติกรรมที่ยอมรับบุตรทั้งสิ้น ในกรณีที่สตรีนั้นต้องใช้วิธีผ่าออกใช้ยาสลบ หรือทารกเมื่อคลอดแล้วต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ และไม่สามารถพากลับมาพบมารดาได้ทันที ซึ่งถือว่าทั้งหมดนั้นเป็นอุปสรรคต่อความผูกพันที่จะเกิดขึ้นระหว่างบุตรและมารดา Leboyer (1974) กล่าวสนับสนุนว่าการเกิดความผูกพันนั้นจะเกิดขึ้นได้โดยการที่มารดาเป็นผู้ให้แม่บุตรทันทีหลังคลอด

ถึงแม้ว่ายังไม่มีหลักฐานแน่ชัดว่า ความผูกพันนั้นเป็นสิ่งที่สามารถช่วยไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด Robson และ Kumar (1980) พบว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนั้นจะลดลงเมื่อมารดาได้สัมผัสกับบุตร แต่การเกิดหรือไม่เกิดความผูกพันอาจไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อย่างไรก็ตามความผูกพันสามารถเป็นเครื่องผูกมัดมารดาให้เลี้ยงดูบุตรด้วยความพึงพอใจมากกว่าคิดว่าเป็นงานที่น่าเบื่อ

6.2 Internal psychological Bergler (1959), Lamas (1959) และ Douglas (1963) กล่าวว่า สตรีที่มีลักษณะไม่มั่นคงทางจิตใจจะไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายได้ และสตรีเหล่านี้มักมีประสบการณ์ไม่ดีเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับมารดา

เกิดความรู้สึกขัดแย้ง hostility ต่อมารดา และ ambivalent ต่อการมีบุตร

6.3 External psychological ภาวะดึงเครียดภายนอกนั้นสามารถวัดได้ โดยพิจารณาจากปัจจัยดังนี้

6.3.1 การตั้งครรภ์โดยที่ยังไม่ได้แต่งงาน หรือการมีบุตรนอกกฎหมาย Tetlow (1955) และ Janssen (1964) พบว่า การมีบุตรนอกกฎหมายนั้นมารดามักมีอาการ psychosis แต่ Seager (1960) Paffenbarger (1964) และ Protheroe (1969) Nilsson และ Almgren (1970) พบว่า ไม่มี ความแตกต่างกัน

6.3.2 การตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า เป็นการยากที่จะแน่ใจได้ว่า การตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้านี้เป็นปัจจัยหนึ่งของภาวะซึมเศร้า Kumar และ Rabson (1978) พบว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มักจะผ่านภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์มาก่อน แต่ Pitt (1968) ไม่พบเช่นนั้น Breen (1975) พบว่าจริง ๆ แล้วสตรีส่วนใหญ่ที่ถูกลงความเห็นว่า "ill-adjusted" ต่อการเกิดของบุตรคนแรกได้มีการวางแผนการตั้งครรภ์ไว้ก่อนมากกว่าในพวกที่มี well adjusted ซึ่งเป็นเหตุผลที่ขัดแย้งกัน

6.3.3 การตายก่อนคลอด Paffenbarger (1964) และ Janssen (1964) พบว่า มีความสัมพันธ์กันระหว่างการสูญเสียกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ขณะที่ Tod (1964) พบว่า สตรีเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนั้นมักมีประวัติการแท้งลูก หรือเคยมีบุตรไม่ปกติมาก่อน Clarke และ Williams (1979) กล่าวว่า ร้อยละ 4 เท่านั้นที่เกิดภาวะซึมเศร้ากับสตรีที่คลอดบุตรมีชีวิตในช่วงระยะ 6 เดือนหลังคลอด และร้อยละ 20 ในสตรีที่สูญเสียบุตรแล้วเกิดภาวะซึมเศร้าในช่วงแรก ๆ หลังคลอด อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 13 ในช่วง 6 เดือนหลังคลอด ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างการเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีที่อายุน้อยกว่า 24 ปี ไม่ว่าบุตรนั้นจะตายก่อนคลอดหรือบุตรนั้นคลอดมีชีวิต

6.3.4 การคลอดก่อนกำหนด Caplan (1960) และ Kaplan และ Mason (1960) อธิบายว่า เป็นสหภาพการฉีกขาดเป็นพิเศษในมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด Paffenbarger (1964) กล่าวว่าภาวะเจ็บป่วยทางจิตในมารดามักเกิดในช่วงสั้น ๆ ในระยะตั้งครรภ์และส่งผลกระทบต่อบุตรมากกว่าในมารดาซึ่งปกติ

6.3.5 ภาวะดึงเครียดของมารดา ในช่วงของการแต่งงานนั้นวัดได้ยาก แต่ภาวะดึงเครียดในช่วงการแต่งงานนั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด Lomas (1960), Daniels และ Lessow (1964) บรรยายถึงสถานการณ์ที่ภรรยาไม่รู้สึกรู้ว่าตนเอง

ล้มเหลวว่ามาจากขาดความรู้สึกในการเป็นมารดาพร้อมกับความรู้สึกเก็บกดหรือการข่มขู่ โดยสามีไม่ช่วยเหลือให้การประคับประคองทางจิตใจได้เต็มที่ และทั้งสามีภรรยา มีแนวโน้มว่าต้องการพึ่งพาบุคคลอื่น Kumar และ Robsen (1978) Paykel และคณะ (1980) พบว่า มารดาที่เกิดภาวะซึมเศร้ามักไม่ได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากสามีเช่นกัน Watson และคณะ (1984) รายงานว่า การแต่งงานที่ไม่พึงปรารถนาจะเกิดความผิดปกติทางจิตใจในระยะหลังคลอดได้ง่าย

6.3.6 การสูญเสียบิดามารดา Frammer และ O'Shea (1973) พบว่า สตรีส่วนใหญ่ที่บิดามารดาถึงแก่กรรม บิดามารดาทอดทิ้ง หรือเกิดอุบัติเหตุกับบิดามารดาจะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

6.3.7 เนื่องจากทารก ในทารกบางรายที่มีพื้นฐานความรู้สึกไม่มั่นคง หงุดหงิด เลี้ยงยาก จะเป็นปัจจัยกระตุ้น ให้มารดาเกิดความวิตกกังวลในการเลี้ยงดูทารก (Morris, 1963) และผลกระทบที่ตามมาคืออาจกลายเป็นภาวะซึมเศร้าได้

7. Social factors

วัฒนธรรมและชนชั้นทางสังคมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าและการเลี้ยงดูทารก (Fonduer และคณะ 1957; Janssem, 1964) Paykel และคณะ (1980) พบว่า มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มาจากบ้านที่มีความคิดเหลวไหลไม่เหมาะสมและพบว่า มารดาเหล่านี้ขาดการช่วยเหลือประคับประคองจากสามี หรือมีความสัมพันธ์ไม่มั่นคงกับสามี Stern และ Kruckman (1983) ชี้แนะว่า การสูญเสียบทบาททางสังคมทันทีที่กลายเป็นมารดา มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในสตรีในสหรัฐ

ง. การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Gotlib, Whiffen, Mount, Milne และ Gordy (1989) ได้ร่วมกันทำการศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์และลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นสตรีตั้งครรภ์ซึ่งมาฝากครรภ์ที่แผนกสูติรีเวชในโรงพยาบาลในเมือง และคลินิกส่วนตัวอีก 15 แห่งทั้งหมดจำนวน 360 คน เครื่องมือใช้ Beck Depression Inventory (BDI) ในการวัดหาภาวะซึมเศร้าทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด และแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ ด้านสังคม

และความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 3 ครั้งคือ ครั้งแรกเก็บช่วงที่สตรีมาฝากครรภ์เป็นครั้งที่ 1 โดยจะอธิบายให้เข้าใจถึงการศึกษาถ้าผู้ใดเต็มใจช่วยเหลือก็จะแจกแบบทดสอบและแบบสอบถามให้กลับไปทำที่บ้านแล้วส่งคืนทางไปรษณีย์ ซึ่งข้อมูลที่กลับมาจะอยู่ในช่วงสัปดาห์ที่ 23.8 ของการตั้งครรภ์ จากนั้นในสัปดาห์ที่ 5 ก่อนถึงกำหนดคลอดให้กลุ่มตัวอย่างเดิมทำแบบทดสอบและแบบสอบถามอีกครั้ง โดยส่งทางไปรษณีย์ ซึ่งข้อมูลที่ตอบกลับมาจะอยู่ในช่วงสัปดาห์ที่ 35.9 และต่อมาเมื่อกลุ่มตัวอย่างคลอดบุตรแล้วหลังจากนั้น 10 วันจะเก็บข้อมูลอีกครั้งเป็นครั้งที่ 3

ผลการศึกษา

1. ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้า โดยพิจารณาจาก BDI พบ mild depression ร้อยละ 21.5 ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ และร้อยละ 25.8 ในการวัดครั้งที่ 2 ขณะที่ตั้งครรภ์ สำหรับช่วงหลังคลอดพบร้อยละ 24.8 จากสถิติแสดงให้เห็นว่า ทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดสตรีที่เกิดภาวะซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และยังพบว่าผู้ที่เกิด major depression disorder ในการทดสอบครั้งที่ 1 ร้อยละ 9.2 ครั้งที่ 2 พบร้อยละ 8 และในครั้งที่ 3 ซึ่งเรียกว่า postpartum depression พบร้อยละ 6.8 ซึ่งจำนวนที่พบนี้เคยเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์มาก่อน ส่วนในกลุ่มที่ไม่เคยเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์มาก่อนพบร้อยละ 3.4 แสดงให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าระยะตั้งครรภ์นั้นเป็นปัจจัยเสี่ยง (risk factor) สำหรับการเกิด postpartum depression

2. ลักษณะทางประชากรศาสตร์ในผู้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งการวิเคราะห์ความแตกต่างด้านลักษณะทางประชากรนี้เป็นการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เกิดภาวะซึมเศร้าระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าเลย ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ที่เกิดภาวะซึมเศร้ามีอายุโดยเฉลี่ย 26.3 ปี ซึ่งผู้ที่ไม่เกิดภาวะซึมเศร้ามีอายุเฉลี่ย 28 ปีทางด้านการศึกษา พบว่า ผู้ที่เกิดภาวะซึมเศร้าส่วนมากจะมีการศึกษาค่ำกว่าผู้ที่ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า และในครอบครัวผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่าผู้ที่ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า สำหรับสถานภาพในหน้าที่การงานนั้น ไม่มีความแตกต่างกันในการเกิดหรือไม่เกิดภาวะซึมเศร้า

Kumar และ Robson (1984) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความผิดปกติทางอารมณ์ในสตรี

ที่ให้ทำเนียบบุตร การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อหาอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด ตลอดจนปัจจัยทางจิตสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นสตรีตั้งครรภ์เป็นครั้งแรกจำนวน 119 คน ซึ่งจะศึกษาไปจนกระทั่งคลอดบุตรเป็นระยะเวลา 1 ปี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะสุ่มมาจากสตรีที่แต่งงานถูกต้องตามกฎหมายและอาศัยในประเทศอังกฤษประมาณ 5-10 ปี เครื่องมือที่ใช้ คือ Semi-structure clinical interview โดยนักจิตวิทยาเพื่อทราบข้อมูลทั่วไป และลักษณะทางคลินิก และมีเครื่องมือทดสอบทางคลินิกอีกอันหนึ่งคือ General Health Questionnaire (GHQ) นอกจากนี้ในการเก็บข้อมูลด้านบุคลิกภาพใช้ Personality Questionnaire ของ Eysenck and Eysenck (EPQ) ซึ่งเก็บเฉพาะช่วงตั้งครรภ์ครั้งแรกและช่วง 6 เดือนหลังคลอด เพราะเป็นไปได้ว่าเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่สำคัญอาจเกิดความผิดปกติด้านบุคลิกภาพได้ และเป็น การทดสอบภาวะซึมเศร้าระดับ neurosis ด้วย

ผลการศึกษา ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า อายุโดยเฉลี่ย 25 ปี (ระหว่าง 19-40 ปี) และร้อยละ 83 เกิดในประเทศอังกฤษ ซึ่งมีร้อยละ 87 ที่ทำงานนอกบ้าน ประวัติการตั้งครรภ์ พบว่า ร้อยละ 85 เป็นสตรีที่ไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อน และร้อยละ 15 เคยตั้งครรภ์มาก่อนในจำนวนเหล่านี้ร้อยละ 80 รายงานว่า การตั้งครรภ์เป็นการวางแผนหรือปรารถนาที่จะตั้งครรภ์ ส่วนอีกร้อยละ 5 รายงานว่าไม่ได้วางแผนมาก่อน และอีกร้อยละ 15 ไม่ได้สนใจประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาพบร้อยละ 7 ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาจากจิตแพทย์

ภาวะซึมเศร้าระยะตั้งครรภ์ ในการสัมภาษณ์ครั้งแรกพบอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 16 ต่อมาในช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์พบเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 และช่วงหลังคลอดแล้ว 3 เดือนพบร้อยละ 14 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่าภาวะซึมเศร้าทั้งในระยะระหว่างตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดนั้นมักเป็นมารดาที่มีความขัดแย้งในใจ และมีความไม่แน่ใจสงสัยในการมีบุตร ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และในภาวะที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือสูญเสียบุตรในระยะแรกเป็นเหตุการณ์ในชีวิตเพียงอย่างเดียวเท่านั้นที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเป็นสิ่งที่กระทบกระเทือนต่อการตั้งครรภ์อย่างมาก

Buesching, Glasser และ Frate (1986) ทำการศึกษาเกี่ยวกับขบวนการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด เพื่อแสดงให้เห็นภาวะผิดปกติทางอารมณ์ในระยะหลังคลอด โดยเน้นขบวนการที่เกิดขึ้นของภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนกระทั่งระยะหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้ป่วยใน Office of Family Practice (OFP) จำนวน 57 คน และมีกลุ่มควบคุมซึ่งจับคู่กับกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากอายุและเป็นผู้ที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ เครื่องมือใช้ Zung Self-Rating Depression Scale โดยทดสอบในช่วงระยะเวลาดังนี้

- ครั้งที่ 1 ทดสอบในช่วงสุดท้ายของไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ (10-12 สัปดาห์)
- ครั้งที่ 2 ทดสอบในช่วงสุดท้ายของไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ (20-24 สัปดาห์)
- ครั้งที่ 3 ทดสอบในช่วงสุดท้ายของไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ (36-40 สัปดาห์)
- ครั้งที่ 4 ทดสอบในวันที่ 3 หลังคลอด (ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล)
- ครั้งที่ 5 ทดสอบในอาทิตย์ที่ 3 หลังคลอด
- ครั้งที่ 6 ทดสอบในอาทิตย์ที่ 6 หลังคลอด

ผลการศึกษา จากการวัดหาภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนกระทั่งหลังคลอดทั้ง 6 ครั้ง ปรากฏว่า ครั้งที่ 1 ในระยะตั้งครรภ์สัปดาห์ที่ 10-12 ภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำกว่า mild มีร้อยละ 77.2 ในระดับ mild ถึง moderate ร้อยละ 17.5 และระดับ moderate ถึง severe พบร้อยละ 5.3

ครั้งที่ 2 ในระยะตั้งครรภ์สัปดาห์ที่ 20-24 ภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำกว่า mild พบร้อยละ 73.4 ในระดับ mild ถึง moderate ร้อยละ 17.5 และระดับ moderate ถึง severe พบร้อยละ 7

ครั้งที่ 3 ในระยะตั้งครรภ์สัปดาห์ที่ 36-40 ภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำกว่า mild พบร้อยละ 63.2 ในระดับ mild ถึง moderate พบร้อยละ 29.8 และระดับ moderate ถึง severe พบร้อยละ 7

ครั้งที่ 4 ในระยะหลังคลอดวันที่ 3 ภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำกว่า mild พบร้อยละ 75.4 ในระดับ mild ถึง moderate พบร้อยละ 24.6 และระดับ moderate ถึง severe ไม่พบ

ครั้งที่ 5 ในระยะหลังคลอดสัปดาห์ที่ 3 ภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำกว่า mild พบ

ร้อยละ 86 ในระดับ mild ถึง moderate พบร้อยละ 8.8 และระดับ moderate ถึง severe พบร้อยละ 5.3

ครั้งที่ 6 ในระยะหลังคลอดสัปดาห์ที่ 6 ภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำกว่า mild พบร้อยละ 82.5 ในระดับ mild ถึง moderate พบร้อยละ 17.5 และในระดับ moderate ถึง severe ไม่พบ

สรุปแล้วภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำกว่า mild หรืออาจเรียก Transient depression หรือ postpartum blues พบมากที่สุดทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด และภาวะซึมเศร้าในระดับ mild ถึง moderate พบมากที่สุดในช่วงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะสัปดาห์ที่ 36-40 และช่วงวันที่ 3 หลังคลอด ส่วนภาวะซึมเศร้าในระดับ moderate ถึง severe พบมากในช่วงตั้งครรภ์ สัปดาห์ที่ 20-24 และสัปดาห์ที่ 36-40 ในระยะหลังคลอดพบมาก โดยเฉพาะสัปดาห์ที่ 3

จากการศึกษาชี้พบว่าพัฒนาการของภาวะซึมเศร้าในแต่ละช่วงอายุครรภ์จนกระทั่งหลังคลอดนั้นแตกต่างกันซึ่งพอสรุปผลได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าในระดับที่เรียกว่า blues พบว่าเริ่มมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ตั้งครรภ์และเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งหลังคลอดภาวะซึมเศร้าจึงค่อย ๆ ลดลง ซึ่งในสัปดาห์ที่ 36-40 ขณะตั้งครรภ์จะมีภาวะซึมเศร้าสูงสุด (36.6 คะแนน)

2. เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในคะแนนที่สูงกับกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในคะแนนต่ำ พบว่า มีพัฒนาการของภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันในช่วงระหว่างตั้งครรภ์ สัปดาห์ที่ 36-40 กับช่วงหลังคลอดวันที่ 3 คือ ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าสูงนั้นเมื่อถึงสัปดาห์ที่ 36-40 คะแนนของภาวะซึมเศร้าจะสูงสุด (40 คะแนน) และลดลงมากในช่วงวันที่ 3 หลังคลอด (35.3 คะแนน) แต่ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในคะแนนต่ำเมื่อถึงสัปดาห์ที่ 36-40 ภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเพียง 30.9 และเมื่อถึงช่วงวันที่ 3 หลังคลอดภาวะซึมเศร้าลดลงเพียง 0.2 เท่านั้น (30.7 คะแนน) ซึ่งการลดลงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่มีระดับคะแนนต่ำจะค่อย ๆ ลดลงจนถึงสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด (28.3 คะแนน)

3. เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ 1 มีภาวะซึมเศร้าสูงสุดในช่วงสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด (41.5 คะแนน) กับกลุ่มที่ 2 มีภาวะซึมเศร้าต่ำสุดในช่วงสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด (28.7

คะแนน) พบว่า ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ในสัปดาห์ที่ 10-12 ภาวะซีดเรื้อรังของกลุ่มที่ 1 จะมีคะแนนสูง (36.2 คะแนน) ส่วนกลุ่มที่ 2 จะมีคะแนนต่ำกว่า (32 คะแนน) และทั้ง 2 กลุ่มจะมีภาวะซีดเรื้อรังขั้นสูงสุดในช่วงสัปดาห์ที่ 36-40 และลดลงในช่วงวันที่ 3 หลังคลอด แต่ในกลุ่มที่ 1 เมื่อถึงสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอดภาวะซีดเรื้อรังกลับสูงขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนกลุ่มที่ 2 นั้นจะลดต่ำลง ดังนั้นถ้าพบว่า สตรีตั้งครรภ์มีภาวะซีดเรื้อรังในระดับคะแนนที่สูงแล้วจะมีโอกาสที่ภาวะซีดเรื้อรังเพิ่มสูงมากขึ้นได้



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย