

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในด้านภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูติรีเวชที่มารับการคุมดลูก ณ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลราชวิถี โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

1. การคุมดลูกในผู้ป่วยสูติรีเวชและการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มารับการคุมดลูก
2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล
4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า
6. แรงสนับสนุนทางสังคม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

1. การคุมดลูกในผู้ป่วยสูติรีเวชและการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วย

ข้อบ่งชี้สำหรับการคุมดลูกโดยทั่วๆ ไปแล้ว มีวัตถุประสงค์ใหญ่ๆ ในการทำ 2 ประการคือ เพื่อการวินิจฉัย และเพื่อการรักษา [20] ซึ่งจะแยกกล่าวดังต่อไปนี้

1. เพื่อการวินิจฉัย

1.1. ในรายที่มีบุตรยากทำเพื่อดูว่ามีการตกไข่หรือไม่ โดยการตรวจเช็มนมดลูกเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากฮอร์โมนรังไข่ (เอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน) ซึ่งนิยมทำใน 24 ชั่วโมงแรกของการมีประจำเดือน แต่ในรายที่ไม่สะดวกอาจทำประมาณวันที่ 5-6 หลังการตกไข่ (โดยคะเนจากประวัติประจำเดือนในเดือนก่อนๆ) ถ้าหากเดือนนั้นผู้ป่วยไม่มีเพศสัมพันธ์เลย และ

เคยมีประจำเดือนทุกๆ 28 วัน ควรทำประมาณวันที่ 22 หรือ 23 ของรอบประจำเดือนเพราะระยะนี้
 ค่อมของเยื่อบุมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโปรเจสเทอโรนชัดเจน (Secretory Endometrium)
 ซึ่งแสดงว่ามีการตกไข่ แต่ถ้าเยื่อบุมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเอสโตรเจนเพียงอย่างเดียว
 (Proliferative Phase) ในระยะเวลาในรอบประจำเดือนที่กล่าวแล้ว แสดงว่าไม่มีการตกไข่

1.2 รายที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก (DUB : Dysfunctional Uterine Bleeding) มีติ่งเนื้องอกในเยื่อโพรงมดลูก (Endometrium Polyp) หรือสงสัยมะเร็งเยื่อบุมดลูกการ
 ขูดมดลูกจะได้ทั้งชิ้นเนื้อในบริเวณช่องคอมดลูก (Endocervix) และเยื่อบุมดลูกจากทุกส่วนของ
 โพรงมดลูก (Endometrium) ทำให้การวินิจฉัยถูกต้องมากยิ่งขึ้น

1.3 ในรายที่สงสัยว่าเป็นเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก (Leiomyoma) โดยเฉพาะใน
 รายที่มดลูกมีขนาดไม่โตและมีเลือดออกผิดปกติเพื่อวินิจฉัยแยกโรคมะเร็งออกไป

1.4 ในรายที่สงสัยว่ามีความผิดปกติของมดลูกมาตั้งแต่กำเนิด เช่น มดลูกแยก
 เป็นสอง (Bicomuate) มดลูกมีผนังกันภายในมดลูก (Septate Uterus)

1.5 เพื่อวินิจฉัยโรคมะเร็งโดยการทำให้ Fractional Curettage ซึ่งมีข้อบ่งชี้ในการ
 ทำคือ มักทำในสตรีวัยเจริญพันธุ์และวัยใกล้หมดประจำเดือน หรือมีเลือดออกจากทางช่องคลอด
 ภายหลังจากหมดประจำเดือนไปแล้ว เพื่อวินิจฉัยรายที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งและไม่นิยมทำในผู้ป่วยที่
 เริ่มเข้าสู่วัยหนุ่มสาวและเริ่มมีประจำเดือนในระยะแรกๆ เพราะส่วนใหญ่มักไม่มีสาเหตุจาก
 โรคมะเร็ง วิธีการขูดจะเป็นขั้นตอนโดยเริ่มขูดที่ส่วนล่างขึ้นไปหาส่วนบนของโพรงมดลูกดังนี้

1.5.1 ขูดในช่องคอมดลูกก่อน (Endocervix) แล้วเก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจใน
 ขวดใบที่หนึ่ง

1.5.2 ขูดภายในโพรงมดลูก (Endometrium) การขูดต้องขูดโดยรอบและ
 ให้ทั่วโพรงมดลูกรวมทั้งบริเวณยอดมดลูก และมุมมดลูกตรงตำแหน่งที่ท่อนำไข่หรือหลอดมดลูก
 มาเปิดด้วย ซึ่งการขูดวิธีนี้จะทำให้ทราบได้ว่าเลือดที่ออกจากช่องคลอดนั้นมีพยาธิอยู่ในตำแหน่งใด
 และมีการลุกลามหรือไม่ เพื่อการรักษาที่ถูกต้องและช่วยบอกถึงพยากรณ์โรคของผู้ป่วยด้วย

2. เพื่อการรักษา

2.1 รายที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก เช่นการมีเลือดไหลออกจากโพรง
 มดลูก (DUB) เยื่อโพรงมดลูกอักเสบ (Endometritis) เป็นต้น การขูดมดลูกส่วนใหญ่เมื่อขูดแล้ว
 เลือดจะหยุดและมีประจำเดือนมาตามปกติ

2.2 ผู้ป่วยที่แท้งเนื่องจากสาเหตุต่างๆ เช่น

2.2.1 การทำให้แท้ง (Induced Abortion) จะทำเฉพาะรายที่มีมดลูกโตไม่เกินอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพราะถ้ามดลูกมีขนาดโตกว่านี้จะมีโอกาสเกิดอันตรายจากการตกเลือดและจากมดลูกทะลุได้สูง

2.2.2 การแท้งเอง เช่น การแท้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Inevitable Abortion) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีเลือดออกทางช่องคลอดแล้วปวดท้องน้อยในช่วง 20 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์โดยที่การตรวจภายในพบว่าปากมดลูกเปิดแล้วและถุงน้ำคร่ำแตกแล้วแต่ยังไม่มียีนส่วนของรกหรือตัวเด็กหลุดออกมา ซึ่งทำให้การตั้งครรภ์ไม่สามารถดำเนินต่อไปได้และจะต้องมีการแท้งตามมาอย่างแน่นอน การแท้งไม่ครบ (Incomplete Abortion หมายถึง การแท้งที่ยังมีชิ้นส่วนของรก และเยื่อหุ้มเด็กบางส่วนค้างอยู่ในโพรงมดลูก การตรวจภายในพบว่าปากมดลูกเปิดและมีเลือดออกไม่หยุด อาจเห็นชิ้นเนื้อบางส่วนค้างอยู่ในช่องคลอดหรือที่ปากมดลูกมักพบในรายที่มีการแท้งในช่วง 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์) การแท้งค้าง(Missed Abortion) หมายถึง การแท้งที่ตัวเด็กและรกค้างอยู่ในโพรงมดลูกเป็นเวลาอย่างน้อย 8 สัปดาห์หลังเด็กตายแล้ว การตรวจภายในพบว่ามดลูกไม่โตขึ้นและกลับเล็กลงกว่าระยะเวลาขาดระดู ในทางปฏิบัติมักบอกได้ยากกว่าเด็กตายเมื่อใดแน่ แต่เมื่อวินิจฉัยได้ว่ามีการตายของเด็กในท้องก็จะแนะนำให้เอาเด็กออกเลยเนื่องจากปล่อยทิ้งไว้เกิน 5 สัปดาห์หลังจากที่เด็กเสียชีวิตอาจทำให้มารดาเกิดปัญหาเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดได้ เป็นต้น

2.2.3 รายที่คลอดรกหรือถุงน้ำคร่ำออกไม่หมด

2.2.4 ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก (Molar Pregnancy) โดยการทำให้ Suction and Curettage ซึ่งเป็นการใช้เครื่องดูดสุญญากาศดูดเอมเม็ด Mole (ลักษณะเป็นเม็ดถุงน้ำใสๆจำนวนมาก) ในโพรงมดลูกออกแล้วขูดมดลูกต่อ โดยใช้ Curette ขนาดใหญ่หรือขนาดกลาง การทำ Suction and Curettage ในผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกนี้ มักทำในลักษณะผู้ป่วยใน คือ ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลและต้องเตรียมเลือดไว้ก่อนเสมอ

2.3 รายที่มีภาวะติบแคบของปากมดลูกแต่กำเนิด ซึ่งเป็นสาเหตุ (ที่พบไม่บ่อยนัก) ของการเป็นหมัน (Infertility) และภาวะปวดประจำเดือน (Dysmenorrheal)

2.3 รายที่โพรงมดลูกเป็นแผลติดกัน (Uterine Synechiae หรือ Asherman Syndrome)

ขั้นตอนในการขูดมดลูก

1. การเตรียมผู้ป่วย

1.1 ให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะก่อนเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างเปล่า แพทย์จะได้สะดวกในการทำการตรวจ

1.2 ในรายที่ต้องใช้ยา Pethidine ร่วมกับยา Valium ควรให้งดอาหารและน้ำดื่มก่อนอย่างน้อย 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักอาหาร ผู้ป่วยที่ได้รับยาทั้ง 2 ชนิดนี้ มักไม่ค่อยรู้สึกตัวขณะขูดมดลูกและหลังทำต้องนอนสังเกตอาการผิดปกติจนกว่าจะหมดฤทธิ์ประมาณ 2 ชั่วโมง จึงให้กลับบ้าน บางรายอาจมีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้หรืออาเจียนได้

1.3 ในรายที่ไม่ได้งดอาหารและน้ำจะใช้ยาชาเฉพาะที่ (Local Anesthesia) ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวขณะขูดมดลูก หลังทำจะกลับบ้านได้เร็วและไม่มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้หรืออาเจียน แต่มักพบว่าไม่ค่อยได้ผล เพราะพบว่าผู้ป่วยยังคงแสดงความเจ็บปวดเป็นอย่างมาก

2. การใช้ยาแก้ปวด ยาชาเฉพาะที่ ยาสลบ

2.1 การขูดมดลูกในรายที่ทำได้ง่าย เช่น เคยคลอดมาแล้ว หรือรายที่แท้งไม่ครบ อาจไม่ต้องใช้ยาอะไรเลย

2.2 การใช้ยา Pethidine ยา Valium และยาชาเฉพาะที่ (Local Anesthesia) ใช้ในรายที่ทำยากและผู้ป่วยกลัวหรือมีอาการเจ็บปวดมากกว่าปกติ ซึ่งอาจให้ยาต่อไปนี้

การใช้ยา Valium 10 มิลลิกรัม ร่วมกับ Pethidine 50-100 มิลลิกรัมฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดดำช้าๆก่อนลงมือทำ 15 นาที เนื่องจาก Pethidine เป็นยาระงับความรู้สึกที่อยู่ในกลุ่มของยาเสพติดชนิดออกฤทธิ์แรง เช่นเดียวกับมอร์ฟีนและมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาคล้ายกับมอร์ฟีนแต่ออกฤทธิ์ระงับปวดได้เร็วกว่าโดยออกฤทธิ์ภายใน 10 นาที หลังฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังหรือเข้ากล้ามเนื้อฤทธิ์สูงสุด 1 ชั่วโมงโดยไม่ทำให้ประสาทรับความรู้สึกอย่างอื่นเสียไป เช่น ความรู้สึกสัมผัส การได้ยิน การมองเห็น เป็นต้น ผู้ได้รับยายังคงมีความรู้สึกเจ็บปวดอยู่ แต่ไม่แสดงออกมา เพราะจะมีความรู้สึกสบายจนไม่อยากแสดงความรู้สึกเจ็บปวดออกมา

ปัจจุบันเชื่อว่า Pethidine ออกฤทธิ์ระงับความปวดโดยควบคุมการหลั่งของสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) ที่ปลายประสาทนำเข้าสมองและควบคุมการหลั่งของสารที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเจ็บปวด นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์จำเพาะต่อสมองบางส่วน ดังนั้นการออกฤทธิ์ระงับความปวดของ Pethidine จึงไม่ทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกและยังออกฤทธิ์เพิ่มความทนต่อความเจ็บปวดด้วยและทำให้การแสดงความเจ็บปวดถูกเหนี่ยวรั้งไว้ไม่แสดงออกมา ซึ่งทำให้แพทย์ต้องระมัดระวังการใช้ยานี้ให้มากขึ้น เพราะอาจทำให้มดลูกทะลุได้

Pethidine มีฤทธิ์ข้างเคียงคือ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เพิ่มความดันในระบบไหลเวียนของน้ำดี หายใจช้า เพราะขาดศูนย์ควบคุมการหายใจในสมอง รู้สึกคันตามตัว เป็นลมพิษหรือมีผื่นตามตัว เนื่องจากมีการหลั่งของฮิสตามีนหน้ามืด วิงเวียน ความดันโลหิตต่ำมีการกลั่นปัสสาวะน้อยลงและท้องผูก

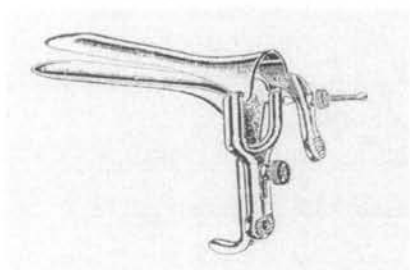
2.3 การใช้ยาเฉพาะที่โดยทำ Paracervical Block

2.4 การใช้ยาสลบ ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่เคยมีครรภ์ไม่เคยคลอดหรือผู้ป่วยแท้งค้าง (Missed Abortion)

สำหรับห้องผ่าตัดที่ให้บริการการขูดมดลูก ในโรงพยาบาลราชวิถีผู้ป่วยเกือบทุกรายจะได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกจากวิสัญญีแพทย์และพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการทำการขูดมดลูกเพื่อการวินิจฉัยหรือการรักษา โดยต้องเตรียมผู้ป่วยมาก่อน เช่น ทำการงดน้ำ งดอาหาร เตรียมร่างกายให้พร้อมมาก่อน ถ้ามียาที่ได้รับประจำเพื่อรักษาโรคเป็น เช่น ยารักษาความดันโลหิตสูง ควรได้รับต่อมาจนถึงวันก่อนผ่าตัด แต่มียาบางอย่างที่ควรงดในวันผ่าตัดหรือก่อนผ่าตัด เช่น แอสไพริน ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ยาขับปัสสาวะ [20]

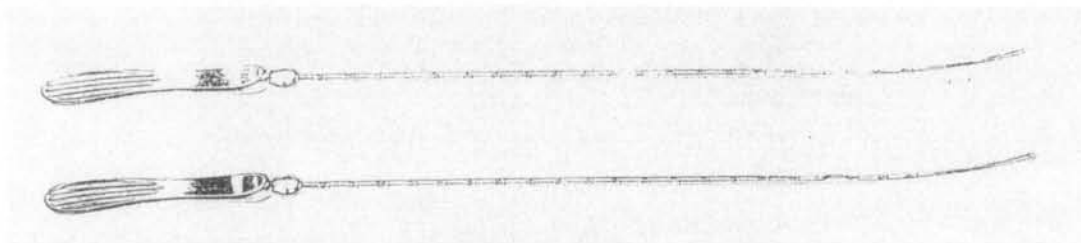
3. เครื่องมือที่ใช้

3.1 Bivalve Speculum เป็นเครื่องมือสำหรับการถ่างขยายช่องคลอด



รูปที่ 1 Bivalve Speculum

3.2 Uterine Sound



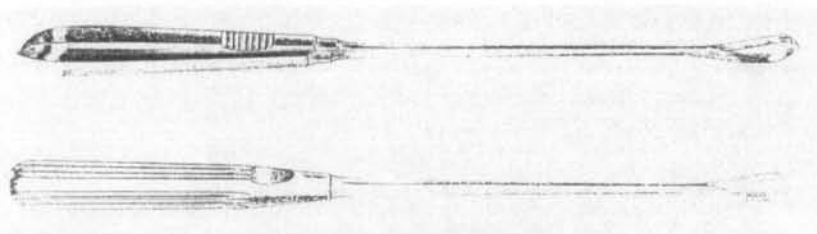
รูปที่ 2 Uterine Sound

3.3 Hegar Dilator ใช้เครื่องมือช่วยขยายปากมดลูก



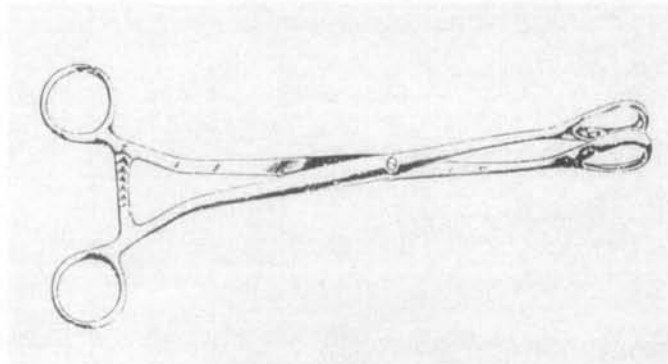
รูปที่ 3 Hegar Dilator

3.4 Curette ขนาดต่างๆ ทั้งชนิดมีคมและชนิดที่ไม่มีคม ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับ
ขูดชิ้นเนื้อจากมดลูก



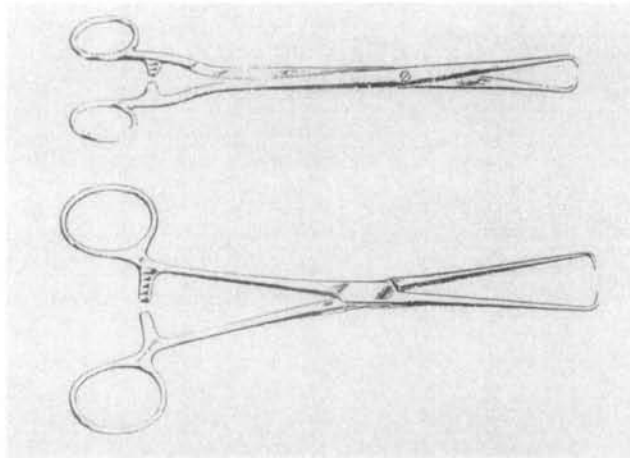
รูปที่ 4 Curette ชนิดต่างๆ

3.5 Ovum Forceps ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับคีบจับชิ้นเนื้อจากมดลูก

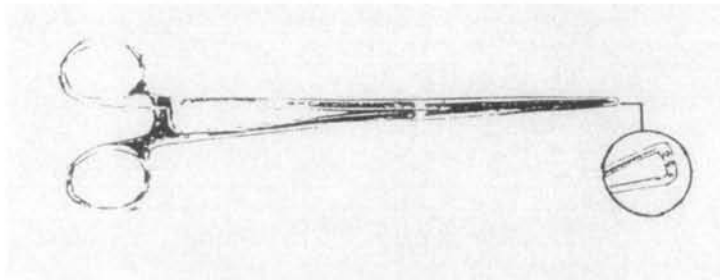


รูปที่ 5 Ovum Forceps

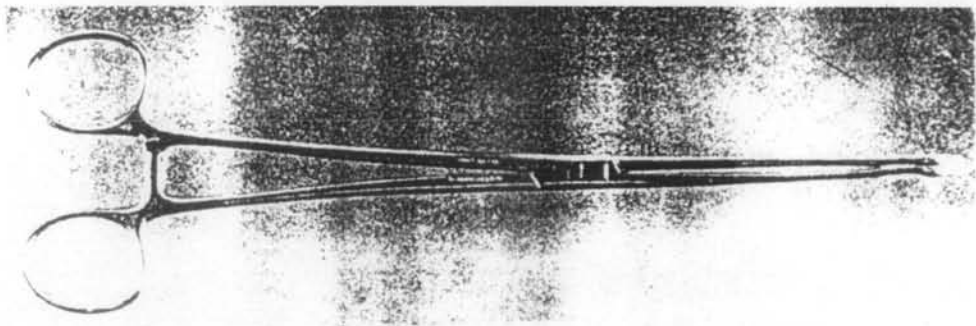
3.6 Tenaculum Forceps, Allis Forceps ยาว หรือ Sponge Forceps Tenaculum Forceps



Allis Forceps ยาว



แสดงลักษณะของปลาย Allis Forceps ยาว



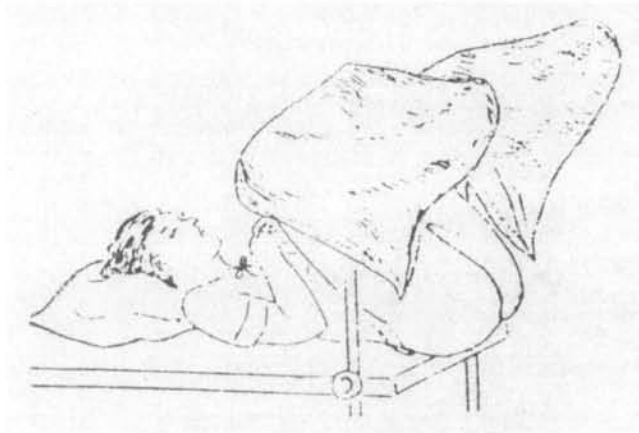
Sponge Forceps

รูปที่ 6 Tenaculum Forceps , Allis Forceps

4. วิธีทำ

4.1 ให้ผู้ป่วยขึ้นนอนบนเตียงตรวจในท่าชันขาหยั่ง (Lithotomy Position) ใช้ผ้า

ปิดตาและ Drape ผ้าให้เรียบร้อยดังรูป



รูปที่ 7 Lithotomy Position

4.2 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและช่องคลอด ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ

4.3 ถ้ากระเพาะปัสสาวะเต็มแพทย์จะทำการสวนปัสสาวะให้ก่อนทำการขูดมดลูก

4.4 ใช้เครื่องมือถ่างขยายช่องคลอด (Speculum) สอดเข้าช่องคลอดแล้วใช้

Sponge Forceps คีบรกหรือเลือดที่อยู่ในช่องคลอดออก ทำความสะอาดในช่องคลอดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อแล้วเช็ดให้แห้งจึงเอา Speculum ออก

4.5 แพทย์ทำการตรวจภายในเพื่อดูขนาดและตำแหน่งของมดลูกว่าอยู่ในท่าใด มดลูกคว่ำหน้าหรือคว่ำหลัง เอียงไปทางไหนปากมดลูกเปิดหรือปิด เป็นต้น

4.6 ใส่วัด Speculum และทำความสะอาดช่องคลอดอีกครั้งหนึ่ง

4.7 ใช้ Tenaculum หรือ Allis forceps จับขอบหน้าของปากมดลูกถ้าเป็นผู้ป่วย หลังคลอดควรใช้ Sponge Forceps จับเพื่อป้องกันการฉีกขาดและเลือดออก การจับปากมดลูกต้องจับให้ลึกและพอ ถ้าจับเพียงเล็กน้อยขณะที่ดึงปากมดลูกลงมาทางปากช่องคลอดจะทำให้ปากมดลูกฉีกขาดได้

4.8 Uterine Sound เพื่อวัดขนาดของมดลูก การสอด Uterine Sound ต้องระวังมากเพราะส่วนใหญ่มดลูกจะทะลุตอนนี้อย่างมากเนื่องจากปลายของเครื่องมือมีขนาดเล็ก การสอดใส่ต้องให้เป็นไปตามทิศทางของตัวมดลูก

4.9 ในรายที่ Curettage ธรรมดา แต่ปากมดลูกยังไม่เปิด จะช่วยทำการขยายปากมดลูก (Dilatation) ด้วยเครื่องมือ Hegar Dilator ตั้งแต่ขนาดเล็กที่จะผ่านรูเปิดปากมดลูกด้านใน (Internal Os) เข้าไปได้ จนถึงขนาดใหญ่พอที่เครื่องมือ Evacuate และ Curette ผ่านเข้าไปได้การใส่ Hegar Dilator ต้องสอดเครื่องมือไปตามทิศทางของมดลูกและทำอย่างระมัดระวังมิฉะนั้นจะทำให้มดลูกทะลุได้

การ Evacuate หลังจากขยายปากมดลูกหรือปากมดลูกเปิดกว้างอยู่แล้วจะใช้สอดเข้าไปในปากมดลูกหรือ Cervical Canal ถ้ามีชิ้นเนื้อคาอยู่ที่ปากมดลูกก็บีบและค่อย ๆ ดึงออกมาพยายามให้ออกทั้งชิ้นจะทำให้เลือดออกน้อยลงแล้วจึงขูดมดลูกตามที่หลังชิ้นเนื้อที่ขูดได้นำใส่ขวดที่มีน้ำยา Formalin 10% ส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

4.10 ในรายที่ทำ Fractional Curettage หลังจากที่ใช้ Curette ตัวเล็กที่สุดขูดชิ้นเนื้อในบริเวณปากมดลูกซึ่งยาวประมาณ 2 เซนติเมตร โดยขูดไปรอบ ๆ และเก็บชิ้นเนื้อที่ขูดใส่ได้ในขวดที่มีน้ำยา Formalin 10% อยู่แล้วเป็นขวดที่ 1 หลังจากนั้นจึงขูดชิ้นเนื้อภายในโพรงมดลูกโดยใช้ Uterine Sound วัดขนาดของมดลูกก่อน ในรายที่ปากมดลูกไม่เปิด ใส่เครื่องมือ Curette เข้าไปได้ยาก จะใช้ Hegar Dilator ช่วยขยายปากมดลูกก่อนแล้วจึงทำการขูดภายในโพรงมดลูก โดยมีหลักการในการขูดคือ ใช้ Curette อันใหญ่ที่สุดที่จะสอดเข้าไปในปากมดลูกได้ก่อนแล้วจึงใช้ Curette อันเล็กขูดตามอีกครั้ง การสอดเครื่องมือจะสอดเข้าไปตามทิศทางของมดลูกแล้วขูดไปรอบ ๆ ทุกส่วนของโพรงมดลูก เมื่อขูดจนเมื่อรู้สึกสาก ๆ หรือได้ยินเสียงเหมือขูดอยู่บนกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นเสียงเฉพาะดังแกรก ๆ ควรหยุดขูด (เพราะขูดลงไปลึกมากแล้ว แต่ถ้าจะขูดต่อก็ต้องทำอย่างระมัดระวัง มิเช่นนั้นจะทะลุได้) หลังจากนั้น เก็บชิ้นเนื้อที่ขูดได้จากภายในโพรงมดลูกใส่ในขวดที่ 2 เพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาต่อไปทั้ง 2 ขวด

4.11 นักผู้ป่วยมาฟังผลตรวจทางพยาธิวิทยาภายใน 2-3 สัปดาห์ หลังการขูดมดลูก

ข้อห้ามและข้อควรระวัง

1. ในรายที่มีการอักเสบติดเชื้ออย่างรุนแรงของช่องคลอดปากมดลูก โพรงมดลูกหรือปีกมดลูกทั้ง 2 ข้าง ไม่ควรขูดมดลูกทันที ควรรักษาการอักเสบให้หายก่อนเพื่อป้องกันโรคกำเริบ
2. ก่อนขูดและขณะขูดมดลูกรายที่เกี่ยวกับการมีครรภ์ ควรมีการให้ยาจำพวกออกซิโตซิน (Oxytocin) โดยหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้มดลูกหดตัวและเพื่อป้องกันการตกเลือด
3. รายที่ใช้ยาสลบ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาสลบจำพวกที่ทำให้มดลูกคลายตัว เช่น Halothane (Fluothane)

ภาวะแทรกซ้อนจากการขูดมดลูก

1. มดลูกทะลุซึ่งอาจเกิดจากการใส่เครื่องมือเช่น Uterine Sound Dilator หรือ จาก Curette ทราบได้จากการใส่เครื่องมือเข้าไปวัดได้ลึกกว่าขนาดโพรงมดลูกที่ตรวจได้ การทะลุมักเกิดเพราะเหตุดังต่อไปนี้

1.1 ผู้ทำขาดความชำนาญ ทำโดยไม่ระมัดระวังสอดเครื่องมือเข้าไปด้วยความรุนแรงหรือใส่ผิดทิศทางของมดลูก

1.2 มดลูกที่มีขนาดโตเกินอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ หรือตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกมีโอกาสดูทะลุได้มากกว่ามดลูกขนาดเล็ก เพราะผนังมดลูกนุ่มและบางกว่าปกติ

1.3 มดลูกที่มีการอักเสบอยู่ก่อนแล้ว เช่น ผู้ป่วยที่ทำแท้งผิดกฎหมาย ภาวะหนองในโพรงมดลูกทำให้มีโอกาสเกิดการทะลุได้ง่ายขึ้น

1.4 ผู้ป่วยวัยหลังหมดประจำเดือน มดลูกจะมีขนาดเล็กและผนังบางกว่าปกติในรายที่มีอาการรุนแรงเนื่องจากการทะลุของมดลูก เช่น มีอาการของการตกเลือดในช่องท้อง ได้แก่ ปวดท้องน้อยมาก สัญญาณชีพจรเปลี่ยนแปลงในระดับความเข้มข้นของเลือดลงผิดปกติ แพทย์จะพิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัดมดลูกออก

2. เกิดแผลเป็นภายในโพรงมดลูก ซึ่งเป็นผลจากการขูดอย่างรุนแรงจนชั้นเยื่อมดลูกถูกขูดออกหมดจนถึงชั้นกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้โพรงมดลูกเป็นแผลติดกัน (Uterine Synechiae) มีผลทำให้การตั้งครรภ์ครั้งต่อไปมีโอกาสเกิดการฝังตัวของรกผิดปกติ

3. การตกเลือดและการช็อก (Shock) ในรายที่มีการขูดไม่หมดทำให้มีเศษเนื้อบางส่วนค้างอยู่ในโพรงมดลูก ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เลือดออกไม่หยุดหลังจากการขูดมดลูก ผู้ป่วยจะมีอาการตกเลือดมากต้องได้รับการขูดซ้ำอีก และในรายที่มีการตกเลือดภายใน (Internal Hemorrhage) จะทำให้ผู้ป่วยช็อกได้

4. การอักเสบลุกลาม ในรายที่มีการอักเสบในช่องคลอดและปากมดลูก ทำให้เชื้อโรคเข้าไปในโพรงมดลูก หรือในรายที่มีการอักเสบภายในโพรงมดลูก การขูดมดลูกทำให้เชื้อโรคลุกลามไปที่ปีกมดลูก หรือเข้ากระแสเลือดทำให้มีการอักเสบที่อวัยวะอื่น ๆ ด้วย

5. ปากมดลูกฉีกขาดกว้างมากกว่าปกติ (Incompetent Cervix) ซึ่งเกิดจากการฉีกขาดของปากมดลูกมากเกินไปและรุนแรง ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณนั้นฉีกขาด และถ้ามีการติดเชื้อจะทำให้เกิดการอักเสบเป็นหนองได้

ข้อควรปฏิบัติภายหลังการขูดมดลูก

1. การพักผ่อน และการทำงานหลังขูดมดลูก 12 – 24 ชั่วโมงแรก อาจรู้สึกอ่อนเพลียและง่วงนอนอยู่บ้างจากขาระงับความรู้สึกที่ได้รับ การนอนพักเมื่อกลับถึงบ้านในวันที่ขูดมดลูกอย่างน้อย 1 วันและในวันรุ่งขึ้นสามารถทำงานได้ตามปกติ
2. การสังเกตเลือด ภายหลังการขูดมดลูกปกติจะมีเลือดออกจากช่องคลอดเล็กน้อยจากแผลภายในโพรงมดลูก ประมาณ 1–2 วัน ลักษณะคล้ายการมีประจำเดือน ถ้าหากมีเลือดออกมามากผิดปกติ เช่น มีเลือดออกซึมชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน ภายใน 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ควรรีบไปพบแพทย์ไม่ควรใช้ผ้าอนามัยแบบสอดเข้าไปในช่องคลอด เพื่อสะดวกในการสังเกตเลือดและเป็นการป้องกันการพาเอาเชื้อโรคเข้าไปสู่แผลภายในมดลูก
3. การทำงาน ควรทำงานเบา ๆ ไปก่อน แล้วค่อยเพิ่มขึ้นตามลำดับ อย่าหักโหมระยะแรกไม่ควรยกของหนักเพราะอาจทำให้เกิดอาการปวดถ่วงบริเวณท้องน้อย
4. การรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีคุณค่า มีประโยชน์ตามความต้องการของร่างกาย ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่าง ๆ นม ไข่ ผักสดต่าง ๆ ผลไม้ เป็นต้น รับประทานอาหารได้ตามปกติและทุกชนิดไม่มีของแสลง อาการคลื่นไส้อาเจียนอาจมีได้จากผลของยาชาลบที่ได้รับใน 12-24 ชั่วโมง
5. การรักษาความสะอาด ควรรักษาความสะอาดของร่างกายตามปกติ ถ้าสกปรกอาจทำให้เชื้อโรคเข้าไปในช่องคลอดและเกิดอาการอักเสบได้ การรักษาความสะอาดของช่องคลอดต้องล้างให้สะอาดทุกครั้งหลังการขับถ่าย และไม่ควรล้างช่องคลอดด้วยน้ำยาใด ๆ เพื่อป้องกัน
6. การร่วมเพศ การขูดมดลูกไม่มีผลใด ๆ ต่อการมีเพศสัมพันธ์แต่ควรงดการร่วมเพศอย่างน้อย 6 สัปดาห์ หลังการขูดมดลูก เพื่อป้องกันการตกเลือด และติดเชื้อของระบบอวัยวะสืบพันธุ์
7. ห้ามสวนอุจจาระ และรับประทานยาถ่ายทุกชนิด เพราะอาจจะกระตุ้นให้มีการตกเลือดได้
8. การรับประทานยา ควรรับประทานยาตามแพทย์สั่งให้ครบถ้วนตามจำนวน ห้ามหยุดรับประทานยาเองเพราะสำคัญผิดคิดว่าหายแล้ว
9. การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น ปวดท้องมากขึ้น มีเลือดออกทางช่องคลอดมากผิดปกติ มีไข้ ควรรีบไปพบแพทย์ทันที
10. อาการปวดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกคล้ายอาการปวดขณะมีประจำเดือน ให้รับประทานยาแก้ปวดที่แพทย์จัดให้ และเว้นระยะอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง การมาตรวจตามนัด ควรมาตรวจให้ตรงตามวันที่แพทย์นัดทุกครั้ง เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยปกติแพทย์จะนัดตรวจหลังขูดมดลูกประมาณ 1-2 สัปดาห์ และรับทราบผลตรวจทางพยาธิวิทยา (ตามใบนัด)

การผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก

การผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก [21]

การตัดสินใจว่าการผ่าตัดชนิดใดที่ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น อายุของผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด สภาพของผู้ป่วย (ASA physical status) ความอ้วน ปัญหาสุขภาพจิต ระยะทางและการติดต่อ ระหว่างผู้ป่วยกับสถานพยาบาล เป็นต้น ที่สำคัญที่สุดคือความพร้อมของบุคลากร และระบบการติดต่อช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาที่คาดไม่ถึงมาก่อน เช่น จำเป็นต้องรับ ผู้ป่วย ค้างคืนโดยไม่ได้คาดไว้ หรือการรับปรึกษาโดยตรง จากผู้ป่วยนอกเวลาราชการ

การผ่าตัดในผู้ป่วยนอก ควรมึลักษณะหรือปราศจากข้อควรระวังต่อไปนี้

- ไม่น่าจะก่อให้เกิดผลเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ และสมอง
- มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดผลแทรกซ้อนน้อย
- มีโอกาสเปลี่ยนแปลงการผ่าตัดเป็นการผ่าตัดใหญ่ได้น้อย
- ทำให้เกิดความเจ็บปวด หรือ คลื่นไส้อาเจียนน้อย
- ผู้ป่วยมีสุขภาพทั่วไปแข็งแรงดี
- ผู้ป่วยยอมรับการผ่าตัด และดูแลหลังผ่าตัดในลักษณะผู้ป่วยนอก
- มีญาติที่มีความรู้ ความเข้าใจในการเฝ้าระวังหลังผ่าตัด และสามารถนำผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว

• สถานที่ที่ทำการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ควรมึลักษณะดังนี้

- มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญทางวิสัญญี
- มีเครื่องมือที่จำเป็นในการเฝ้าระวัง (monitor) และการให้ยาระงับความรู้สึก
- มีบันทึกในแฟ้มประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการส่ง ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง
- มีสถานที่ดูแลหลังผ่าตัดที่เหมาะสมพร้อมอุปกรณ์ที่จะเป็นในการกู้ชีพ

การให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัด

ความมุ่งหมายของการให้ยาระงับความรู้สึก ก็เพื่อให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกเจ็บปวด เพื่อให้การผ่าตัดเสร็จสิ้นลง การให้ยาระงับความรู้สึกบางครั้งยังเป็นการทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกตัวเพื่อมิให้เห็น มิให้ได้ยิน หรือจดจำเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งก่อน และในระหว่างการผ่าตัดซึ่งอาจทำให้ตื่นเต้นตกใจ หรือกระทบกระเทือนต่ออารมณ์ การให้ยาระงับความรู้สึกบางครั้งก็เพื่อเหตุผลความต้องการให้มีการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อ

วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยนอก

การประเมินสภาพผู้ป่วย

การประเมินสภาพทั่วไปจากปกติ ตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการรวมถึง การปรึกษา แพทย์เฉพาะทาง เพื่อควบคุมโดยประจำตัวเดิม วางแผนการรักษาและผ่าตัด ลดอัตรา ความเสี่ยงต่อการเกิดผลแทรกซ้อน และวางแผนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

นอกจากการซักถามประวัติ ความรุนแรงของอาการของโรคที่มาผ่าตัด ประวัติโรค ประจำตัว การผ่าตัดในอดีต ประวัติแพ้ยา ยาที่ใช้ประจำ ความเจ็บป่วยในครอบครัว และการตรวจ ร่างกายควรตรวจทุกระบบเช่นเดียวกับผู้ป่วยใน โดยเน้นระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และ ระบบประสาท สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้พิจารณาจากผลการซักประวัติ และการตรวจ ร่างกาย เป็นสำคัญ และพิจารณาทำการตรวจเฉพาะระบบที่น่าจะ มีความผิดปกติ ในผู้ป่วยที่อายุ น้อยกว่า 45 ปี สุขภาพแข็งแรงมารับการผ่าตัดที่เสียเลือดน้อยไม่ต้องการตรวจใด ๆ เพิ่มเติม

การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมักกระทำโดยสูติแพทย์ผู้ดูแล อาจดำเนินการปรึกษา วัสดุแพทย์เพื่อฟื้นฟูสภาพให้ดีขึ้นก่อนผ่าตัด บางสถาบันวัสดุแพทย์จะได้พบผู้ป่วยหรือ สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ก่อนวันผ่าตัดอย่างไรก็ตามอย่างน้อยที่สุดวัสดุแพทย์หรือวัสดุแพทย์พยาบาล ควรได้ประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทุกราย

การให้ยาระงับความรู้สึก

1. การเตรียมผู้ป่วย

1.1 การเตรียมสภาพจิตใจผู้ป่วยควรได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆในห้อง ผ่าตัด เพื่อลดความกังวล รวมถึงการปฏิบัติตัวในระยะหลังผ่าตัด อาการแทรกซ้อน และวิธีปฏิบัติตัว เมื่ออยู่ที่บ้าน ในผู้ป่วยเด็กการให้ผู้ปกครองพามาทำความคุ้นเคยกับบุคลากร และสถานที่จะทำให้ การนำสลบทำได้ง่ายขึ้น

1.2 การงดน้ำและอาหารผู้ป่วยควรได้รับคำอธิบาย ให้ตระหนักถึงความสำคัญ และ อันตรายจากการสำลักเข้าปอด ผู้ป่วยทุกรายต้องงดอาหารหลังเที่ยงคืนพิจารณาให้ดื่มน้ำใน ระยะเวลาที่กำหนด

1.3 ยาที่ได้ประจำ ยาที่ควบคุมโรคประจำตัวที่เกี่ยวกับระบบไหลเวียน ควรได้รับ ต่อมาจนถึงวันผ่าตัด เช่น ยาลดความดันโลหิตในกลุ่ม Beta-blocker, calcium channel blocker ยา

ขยายหลอดเลือด coronary ยากันชัก ยาบางอย่างควรงดในวันผ่าตัดหรือก่อนผ่าตัด เช่น ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดเช่น aspirin, warfarin ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ยาขับปัสสาวะ

2. ยาถอนนำสลบ

ประกอบด้วยยาคลายกล้ามเนื้อ และยาในกลุ่ม opioids การให้ยาในกลุ่ม benzodiazepines ที่ออกฤทธิ์สั้น จะได้ประโยชน์ในการลดความตื่นเต้น และมี amnesia เช่น midazolam 1-3 มก. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำก่อนเข้าห้องผ่าตัด หรือ 7-15 มก. รับประทาน

3. การเลือกวิธี และการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

การเลือกใช้ยาสลบ ควรพิจารณาถึงการหมดฤทธิ์ของยาที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับมาสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และกลับคืนสู่การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ได้เร็วที่สุดโดยแทบจะไม่มีผลแทรกซ้อน โดยเฉพาะต่อระบบไหลเวียนโลหิต และการหายใจ

3.1 การนำสลบ

ประเภทของยานำสลบที่มีคุณสมบัติที่ดี และเหมาะสม ได้แก่

3.1.1 ยาฉีด

ยาระงับความรู้สึกในกลุ่มยา Hypnotics ที่เหมาะสมคือ propofol ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์เร็ว ฤทธิ์สั้น และถูกกำจัดออกจากร่างกายอย่างรวดเร็ว สามารถให้ต่อเนื่องเข้าทางหลอดเลือดดำ โดยไม่มีฤทธิ์ระงับ และมีฤทธิ์ระงับอาการคลื่นไส้อาเจียน การใช้ในขนาดที่เหมาะสมจะมีผลข้างเคียงต่อความดันโลหิตน้อย

3.1.2 ยาดมสลบ

sevoflurane ใช้นำสลบได้ดีและราบรื่นทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยมีภาวะแทรกซ้อนของทางเดินหายใจ เช่น กลั้นหายใจ ไอ และ laryngospasm น้อย คุณสมบัติของการเพิ่มความเข้มข้นของยาสลบอย่างรวดเร็วในปอดทำให้สามารถนำสลบและใส่ท่อหายใจได้ดี จึงเป็นทางเลือกของการใส่ท่อหายใจได้ดี จึงเป็นทางเลือกของการใส่ท่อหายใจโดยไม่ใช้ ยาหย่อนกล้ามเนื้อ

Desflurane ถึงแม้จะเป็นยาสลบที่ออกฤทธิ์เร็วแต่มีข้อจำกัดในการใช้นำสลบ เนื่องจากมีกลิ่นฉุน จึงควรระมัดระวังการเกิดการไอ หรือ laryngospasm คุณสมบัติของ Desflurane ที่ถูกกำจัดออกจากปอดได้เร็ว จึงทำให้รักษาระดับการสลบได้ง่าย และฟื้นตัวเร็ว

Isoflurane มีฤทธิ์ระคายเคืองต่อทางเดินหายใจเช่นเดียวกับ Desflurane

Halothane ถึงแม้จะออกฤทธิ์ช้า แต่ก็ไม่ระคายเคืองต่อทางเดินหายใจทำให้มีปัญหาการไอ laryngospasm หรือระคายเคืองน้อย

2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล

ความหมายของความวิตกกังวล

ได้มีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้หลายประการดังนี้

Phipps [22] ให้ความเห็นไว้ว่าความวิตกกังวลคือการตอบสนองของจิตใจต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด เป็นความรู้สึกหวาดหวั่นยุ่งยากใจ ไม่แน่นอนและรู้สึกไม่สุขสบาย กระวนกระวาย ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งคุกคามตนเองโดยสิ่งคุกคามนั้นอาจมีจริงหรือเกิดขึ้นจากการรับรู้โดยไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงก็ได้

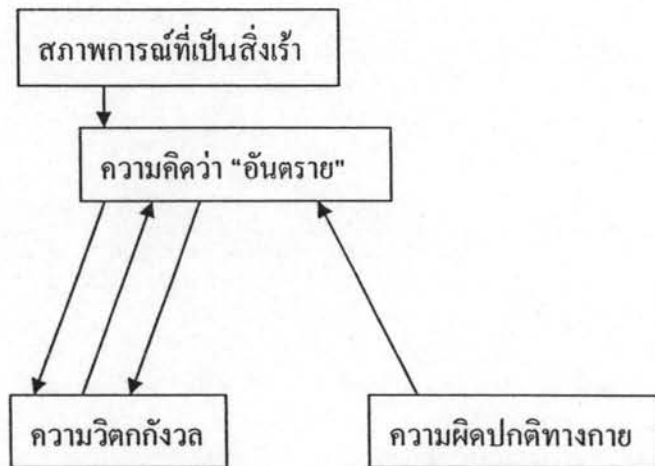
Taylor [23] ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย และรับรู้ว่ามีสิ่งคุกคาม โดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน

Paplaу [24] ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกคนเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากไม่ได้พบกับสิ่งที่คาดหวังไว้ แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมเพื่อที่จะลดความวิตกกังวลซึ่งสามารถสังเกตเห็นอธิบายเข้าใจได้

จากการอธิบายถึงแนวคิดดังกล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่าความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อกระบวนการทางปัญญาประเมินสิ่งเร้ามาคุกคามหรือมีอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งคุกคามนั้นอาจเป็นจริงหรืออาจเป็นเพียงการคาดคะเนล่วงหน้า ทำให้บุคคลมีความไม่สุขสบายสีกหวั่นไหวไม่ปลอดภัย กระวนกระวาย เนื่องจากการรับรู้ว่าคุณสมบัติทางชีวภาพและภาพพจน์ของบุคคลถูกคุกคาม และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย สรีระวิทยา พฤติกรรมการรับรู้กลไกการเกิดความวิตกกังวล

ในเรื่องกลไกการเกิดความวิตกกังวลนี้ Beck [25] ได้ให้ทัศนะว่า แม้สภาพการณ์เหล่านี้เป็นตัวการให้เกิดความวิตกกังวลได้น้อยกว่า สภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคล หากบุคคลที่ได้รับรู้ถึงความกดดันนี้มาก ก็มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลได้ง่ายกว่าบุคคลที่รับรู้ได้น้อย แนวคิดของเบคต่อการเกิดความวิตกกังวลจึงเน้นที่องค์ประกอบทางด้านความคิดยิ่งกว่าตัวสภาพกดดันภายนอกที่แท้จริง การที่บุคคลให้ความหมายแก่ประสบการณ์ที่เกิดขึ้น จะเป็นตัวการให้สภาพการณ์ซึ่งอาจไม่มีอะไรร้ายแรง กลายเป็นสภาพที่กดดันอย่างมากไปได้โดยบุคคลจะประเมินอันตรายนั้นเกินจริงและขณะเดียวกันก็ประเมินความสามารถของคนที่จัดการกับภาวะ

นั้น ๆ ต่ำกว่าความเป็นจริงด้วย ซึ่งทั้งสองประเด็นนี้จะเป็นตัวเร้าให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้จะกลายเป็นความเครียดถึงสัญญาณอันตรายของสภาพการณ์นั้นทำให้ความเข้มของความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นต่อไปอีก กลายเป็นวงจรที่มีความแปรปรวนด้านสรีระได้ด้วย เช่น เกิดอาการเจ็บป่วยโดยมิได้มีสาเหตุมาจากกลไกทางด้านร่างกาย (Somatic Disorders) Beck แสดงแผนภูมิวงจรของความวิตกกังวลไว้ดังนี้



ดังนั้นวิธีการขจัดความวิตกกังวลที่Beckเสนอก็คือ การใช้วิธีการใด ๆ ก็ตามเพื่อขจัดวงจรนี้เสีย เช่น นำบุคคลออกจากสภาพการณ์ที่เร้าให้เกิดความวิตกกังวลเสียชั่วคราว การปรับพฤติกรรมทางความคิด การใช้ยา หรือการฝึกผ่อนคลาย เป็นต้น วิธีการเหล่านี้จะช่วยให้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเปลี่ยนไปในทางที่เหมาะสม และวงจรของความวิตกกังวลนี้ก็ค่อย ๆ หดไป [26] ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนใจ การขาดความช่วยเหลือ ความรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นคงในการดำเนินชีวิต

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับแต่ละบุคคล โดยเป็นประสบการณ์ขั้นพื้นฐานของบุคคลที่เกิดขึ้นตั้งแต่คลอด ซึ่งบุคคลอื่น ไม่อาจล่วงรู้ได้ว่าผู้ที่อยู่ในภาวะวิตกกังวลมีความรู้สึกอย่างไร และดำเนินต่อไปตลอดจนช่วงชีวิต [27] เนื่องจากความวิตกกังวลเป็นพลังงานรูปหนึ่งจึงไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง แต่สามารถวินิจฉัยได้จากพฤติกรรม และเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปรับตัว[28]

จากการอธิบายถึงแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลของนักวิชาการ สรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ กระวนกระวาย ตึงเครียด รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย ไม่ทราบว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นกับตน หรือหวั่นวิตกว่าตนเองจะมีอันตรายเกิดขึ้น โดยมีการตอบสนองทั้งร่างกายและจิตใจ

ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger [29] แบ่งความวิตกกังวลเป็น 2 ประเภทคือ

1. ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety or A-state) เป็นลักษณะคงที่ของบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลโดยเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ประสบการณ์ในอดีตและความคิด ความต้องการ หรือความรู้สึกในปัจจุบัน องค์ประกอบเหล่านี้มีปฏิสัมพันธ์จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล

2. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety or A-state) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบและมีแนวโน้มอาจทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามบุคคล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ลักษณะอารมณ์สับสนและพฤติกรรมที่โต้ตอบความวิตกกังวลแบบเผชิญจะเห็นได้และผู้ที่มีความวิตกกังวลสามารถบอกได้ ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคลดังนั้นความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการผ่าตัดจึงจัดเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ

ระดับความวิตกกังวล

Peplau [30] จัดระดับความวิตกกังวลเป็น 4 ระดับคือ

1. ระดับต่ำหรือเล็กน้อย (mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นระดับที่ทำให้คนมีการตื่นตัวและรับรู้เพิ่มขึ้นบุคคลจะมีการเรียนรู้และความคิดสร้างสรรค์เพิ่มขึ้น

2. ระดับปานกลาง (moderate anxiety) เป็นระดับที่ทำให้บุคคลมุ่งเฉพาะสิ่งที่ตนเองสนใจมีผลทำให้การรับรู้ของประสาทสัมผัสทั้งห้าแคบลง แต่บุคคลยังมีความพยายามที่จะกระทำเพื่อแก้ไขปัญหา

3. ระดับรุนแรง (severe anxiety) เป็นระดับที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงจากปกติหลายอย่าง เช่น การรับรู้ของประสาทสัมผัสทั้งห้าแคบลงมองสภาพแวดล้อมต่างไปจากความเป็นจริงความสามารถในการแก้ปัญหาลดลงบุคคลจะมีความไม่สบายทั้งร่างกายและจิตใจ พฤติกรรมที่แสดงออกมุ่งเฉพาะการบรรเทาความวิตกกังวลเท่านั้น

4. ระดับรุนแรงสูงสุด (panic anxiety) เป็นระดับที่ขัดขวางการรับรู้ของประสาทสัมผัส ทั้งห้าอย่างสมบูรณ์ บุคคลเกิดความกลัวอย่างสุดขีดทำให้ขาดการควบคุมตนเองไม่สามารถดำเนิน ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ บุคลิกภาพและความคิดจะผิดปกติไป

การเผชิญความเครียด

เมื่อบุคคลเกิดความเครียด และแสดงออกในรูปของความวิตกกังวล ซึ่งคุกคามต่อการ ดำรงชีวิตบุคคลจึงต้องมีการเผชิญความเครียด เพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้น

การเผชิญความเครียด เป็นความพยายามของบุคคลทั้งการกระทำ และความคิดที่จะจัดการ กับสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกซึ่งบุคคลประเมินว่าทำให้เกิดการสูญหาย ทำลาย หรือ คุกคาม เพื่อควบคุมสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด การเผชิญความเครียดแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1. การจัดการกับอารมณ์ (emotional – focused coping) เป็นการที่บุคคลพยายามจัดการ กับอารมณ์และความรู้สึกรวมทั้งการใช้กลไกทางจิตเพื่อช่วยบรรเทาความรุนแรงของเหตุการณ์ให้ ลดลงตามความรู้สึกซึ่งสถานการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลง แต่เป็นการลดอารมณ์ที่ตึงเครียดหรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์นั้นชั่วคราวเพื่อรักษาสมดุลทางจิตใจ (emotional equilibrium) ได้แก่ การปฏิเสธ (denial) การแยกตัว (isolation) การระงับความรู้สึก (repression) การหลีกเลี่ยง (avoidance) การร้องไห้ (crying) การพึ่งพา (dependency) การทดแทน (sublimation) การระบาย ความรู้สึก (analysis problem) การผ่อนคลาย (shared concern relaxation)

2. การมุ่งแก้ไขปัญหา (problem-focused coping) เป็นการที่บุคคลพยายามจัดการกับ สถานการณ์หรือปัญหาโดยตรง มีการใช้กระบวนการแก้ปัญหา เพื่อเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น ได้แก่ การค้นหาข้อมูล (information seeking) การวิเคราะห์ปัญหา (analysis problem) การ ตั้งเป้าหมาย (goal setting) การหาวิธีต่าง ๆ ในการแก้ปัญหา (try out different way) และการ ยอมรับ (accept)

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล

ความสามารถในการเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคลแตกต่างกันตามปัจจัยหลายประการ เช่น สภาพร่างกาย สังคม การรับรู้ สภาพอารมณ์ ความรุนแรงของสถานการณ์ และแหล่งประโยชน์ทางด้านปัจจัยภายในตัวบุคคล คือ ภาวะสุขภาพ ความเชื่อถือในทางที่ดี ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพบุคคล และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ[31]

พฤติกรรมการตอบสนองต่อความวิตกกังวล จะได้รับผลจากปัจจัยดังต่อไปนี้ [32]

1. เพศ เพศหญิงจะมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย โดยเป็นผลจากการหลั่งฮอร์โมนของต่อมหมวกไตต่างกัน

2. อายุ เป็นส่วนหนึ่งของการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ซึ่งมีผลต่อความวิตกกังวล ผู้ที่มีอายุนานจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย อาจเนื่องมาจากมีประสบการณ์ชีวิตมากกว่า ทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดีกว่า

3. การศึกษา จากการศึกษาของซนิษฐา นาคะ [33] พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จะมีระดับความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาสอดคล้องกันกับการศึกษาของ Kindler และคณะ [34] ที่พบว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำและไม่มีประกันชีวิตจะมีความวิตกกังวลสูง แต่การศึกษา Domar Everett และ Keller [35] พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาลึก มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาค่ำ

4. ฐานะทางเศรษฐกิจ จากการศึกษาของซนิษฐา นาคะ [33] พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายต่างกันจะมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน และในปัจจุบันประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงไม่มีผลกระทบต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยมากนัก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Kindler [34] พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ (Insurance coverage) จะมีความวิตกกังวลสูง

5. การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจะรู้สึกอบอุ่นเมื่อได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว ครอบครัวสามารถให้ความช่วยเหลือสนับสนุนดูแลผู้ป่วยได้มาก โดยเฉพาะด้านจิตใจ และพบว่าผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดนั้นเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการครอบครัวมากกว่าที่เคยต้องการครอบครัวมากกว่าที่เคยต้องการ

6. การผ่าตัด จากการศึกษาของ Kindler [34] พบว่า ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กันกับการผ่าตัดที่จะได้รับ

ความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด

การผ่าตัดถือเป็นภาวะคุกคาม และก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยเสมอ ไม่ว่าจะการผ่าตัดนั้นจะเป็นการผ่าตัดเพียงเล็กน้อย หรือเป็นการผ่าตัดใหญ่ และเป็นการผ่าตัดแบบฉุกเฉินหรือเป็นการผ่าตัดที่ทราบล่วงหน้า มีการเตรียมตัวมาก่อน[36] ผู้ป่วยศัลยกรรมจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยอายุรกรรม และระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมจะเริ่มมากขึ้น เมื่อระยะเวลาผ่าตัดใกล้เข้ามา และค่อย ๆ ลดลงภายหลังการผ่าตัด ความวิตกกังวล และความกลัวการผ่าตัดอาจพบได้ในเรื่องต่าง ๆ เช่น กลัวในสิ่งแวดล้อมที่จะต้องเผชิญ กลัวโดยไม่ทราบสาเหตุ กลัวความเจ็บปวด กลัวความพิการ หรือการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพของร่างกาย กลัวความตาย กลัววิธีดำเนินการผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึก กลัวและวิตกกังวล เพราะได้รับฟังคำบอกเล่าเกี่ยวกับการผ่าตัด และการดมยาสลบในทางลบมาก่อน[37]

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด

1. อายุ มีส่วนทำให้ระดับความวิตกกังวลต่อสิ่งเร้าที่ต้องเผชิญต่างกัน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความสามารถในการรับรู้ และประสบการณ์ในอดีตของบุคคลแต่ละวัย โดยเฉพาะวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ มีความสามารถในการเผชิญต่อความวิตกกังวลแตกต่างกัน พบได้เสมอว่า วัยเด็กจะมีความกลัวสูง จากการจินตนาการว่าตนเองจะได้รับบาดเจ็บหรืออันตราย ต่างกับวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่สามารถเผชิญกับปัญหาในชีวิตได้ดี[38]

2. เพศหญิง และเพศชาย จะมีระดับการหลั่งฮอร์โมนแต่ละชนิดในร่างกายต่างกัน ทำให้มีลักษณะของอารมณ์และความสามารถในการควบคุมอารมณ์ หรือเผชิญต่อความวิตกกังวลต่างกัน เพศหญิงมักมีอารมณ์ฉุนเฉียว ซึมเศร้า หรือหงุดหงิดวิตกกังวลได้ง่าย โดยเฉพาะในช่วงระยะใกล้มีประจำเดือน หลังคลอด และหมดประจำเดือน[39] และการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดมากกว่าเพศชาย[40]

3. บริเวณที่ผ่าตัด มีผลต่อระดับความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด จากการศึกษาในอดีต พบว่าการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ หรือปอด สมอง การผ่าตัดอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ หรือสัญลักษณ์ทางเพศ เช่น ผ่าตัด ทางนรีเวช ตัดเต้านม มดลูก การผ่าตัดทางกระดูก การตัดแขน ขา ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าการผ่าตัดทั่ว ๆ ไป[41]

4. ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ ประสบการณ์ในอดีต เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมด้วยสติปัญญา(cognitive control) ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์หรือความทรงจำที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหตุการณ์ที่เผชิญเหมือนเดิม หรือแตกต่างไปจากเดิมประสบการณ์ในอดีต ทำให้บุคคลได้รับรู้คาดการณ์ในเหตุการณ์เดิมที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ได้ใกล้เคียงความจริงมากขึ้น น่าจะมีส่วนทำให้มีความวิตกกังวลต่อสิ่งที่จะต้องเผชิญน้อยกว่า ผู้ไม่มีประสบการณ์มาก่อน

5. การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ ข้อมูลก่อนผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และคาดการณ์ได้ถูกต้องใกล้เคียงความเป็นจริง ถือเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเผชิญในสถานการณ์จริง ข้อมูลที่เหมาะสมก่อนผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มไม่ได้รับข้อมูล นอกจากนี้ยังส่งผลถึงการปรับตัว และการฟื้นคืนสภาพระยะหลังผ่าตัดด้วย

4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุก เพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก ไม่มีแรง ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์ทางเพศ ฯลฯ เป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่อการทำงานและการเรียน โดยมีอาการต่าง ๆ รวมดังนี้[42]

- อาการทางกาย (Vegetation) เช่น รับประทานอาหารไม่ได้, นอนไม่หลับ, น้ำหนักลด, ผอมเพี้ยไม่มีแรง

- พฤติกรรมคำพูด (Psychomotor) ผู้ป่วยอายุน้อยมักมีอาการเชื่องซึม เชื่องช้า (Retardation) เหม่อลอย คิดช้า พูดช้า เคลื่อนไหวช้า เสียงเบา และแยกตัว ไม่อยากพบหน้าหรือพูดคุยกับใคร ผู้ป่วยสูงอายุมักมีอาการหลงลืมง่ายหรือเศร้าแบบกระวนกระวายกระสับกระส่าย (Agitated depression) มีอาการนั่งไม่คิดต้องเดินไปมารู้สึกทรมานใจเป็นอย่างมาก

- ความคิดกังวล (Cognitive) คิดเรื่องร้ายมองโลกมองสภาพทุกอย่างในด้านลบไปหมดขาดสมาธิ และ ขาดความมั่นใจวิตกกังวลไปต่าง ๆ นานา ตัดสินใจไม่ได้แม้ในเรื่องเล็กน้อยรู้สึกท้อแท้ ท้อถอย รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า หมดหวังหนทางตัน ไม่มีทางออก ไม่เห็นทางแก้ปัญหาทั้งที่ความจริงไม่มีปัญหาแต่ผู้ป่วยคิดไปเองทำให้คิดฆ่าตัวตาย

อารมณ์ซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจเศร้าหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อยซึ่งมีผลให้พฤติกรรมของบุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม[43] อารมณ์ซึมเศร้าเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งในชีวิตมนุษย์ที่เกิดจากความผิดหวัง ล้มเหลว หรือการสูญเสีย ซึ่งการสูญเสียนั้นอาจเกิดขึ้นในชีวิตจริงหรือเป็นการสูญเสียในภาพก็ได้[44]

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะผิดปกติที่มีผลทำให้พฤติกรรมบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นผลเนื่องจากการสูญเสีย เช่น สูญเสียบุคคลที่รัก สูญเสียทรัพย์ ตำแหน่งหน้าที่ ความเป็นอิสระ และความสำคัญอื่นๆ ทำให้มีความรู้สึกผิดหวัง รู้สึกสูญเสีย ล้มเหลว เศร้า ไม่มีความสุข ท้อแท้ ซึ่งอาการเหล่านี้ จะคงอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปหรือนานกว่าขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม(อ้างถึงใน ปริยพันธ์ สละสวัสดิ์) [45]

Beck(อ้างถึงใน ปริยพันธ์ สละสวัสดิ์) [45] ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้ คือ

1. ภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้าเสียใจอ้างว้าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา เชื่องซึม
2. มีอึดมโนทัศน์ในแง่ลบกับตนเอง คำหนิตนเอง
3. พฤติกรรมดุดอยและลงโทษตัวเอง ต้องการที่จะหลีกเลี่ยง หรืออยากตาย
4. มีความเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ
5. กิจกรรมต่างๆเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากขึ้นหรือน้อยลง เช่น เชื่องช้า (Retardation) หรือกระวนกระวาย (Agitation)

ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า (Depression) [46]

1. อารมณ์เศร้า เป็นความรู้สึกที่แสดงอาการหลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน หรือใจคอหมองเศร้า ลักษณะอารมณ์บางเวลาเศร้ามากบางเวลาเศร้าน้อยหรือมีอยู่ตลอดเวลา
2. อารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย มักรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งไม่ดีไปแล้ว
3. รู้สึกเบื่อ หหมดความสนใจ ไม่อยากทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆที่เคยชอบ ความรู้สึกทางเพศลดลง
4. เบื่ออาหาร ไม่รู้สึกอยากอาหารแม้แต่สิ่งที่ตนเองชอบ
5. นอนไม่หลับ อาจนอนหลับยาก หลับไม่สนิท ผื่นร้าย หรือตื่นบ่อย
6. รู้สึกอ่อนเพลียอาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกาย เช่น แขน ขา
7. ความคิดเชื่องช้า การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดเชื่องช้า ความสนใจต่างๆลดลง เงียบและซึมลง ไม่ร่าเริงแจ่มใส ไม่กระตือรือร้นในชีวิต การกระทำต่างๆ เป็นการฝืนใจ เช่นการพูด การแต่งตัว หรือการอ่านหนังสือ
8. สมาธิเสีย ความจำไม่ดี ลืมง่าย อ่านหนังสือแล้วไม่จำ
9. รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ตนเองไม่ดีในด้านต่างๆ เช่น ความสามารถ สติปัญญา
10. รู้สึกมีความผิด คิดว่าเป็นคนไม่ดี มีบาป สมควรถูกลงโทษ ไม่สมควรมีชีวิตอยู่
11. ความคิดอยากตาย ยิ่งเศร้ามามากความรู้สึกทรมานยิ่งมีมาก ความคิดอยากตายรุนแรงขึ้น

12. ความกลัวจะวนเวียนอยู่ในความคิด เช่น กลัวอยู่คนเดียว ไม่อาจทำให้สงบได้
13. อาการทางกาย มักมีอาการทางกายเกิดร่วมด้วยเสมอและเกิดได้ทุกระบบ เช่น ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก และบ่นปวดเมื่อยตามตัว ผู้ป่วยทุกรายจะกังวลเกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้มาก และคิดว่าเป็นโรคทางกาย
- อาการของผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า มีความแตกต่างกันตามระดับความรุนแรง จากซึมเศร้าเล็กน้อยไปจนถึงซึมเศร้ารุนแรงแบ่งได้ดังนี้ [47]

1. อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว (transient symptoms) เป็นสภาพอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคน เมื่อเผชิญกับความผิดหวัง เผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนใจ หรือเผชิญการสูญเสียอันเป็นสภาพที่พบได้ตลอดเวลาทำให้บุคคลมีอาการซึมเศร้า แต่อารมณ์ที่เกิดขึ้นมักจะหายไปเองเมื่อเวลาผ่านไปหรือบุคคลปรับตัวปรับใจได้ จึงไม่ถือเป็นอารมณ์ซึมเศร้าที่ผิดปกติ อาการที่พบได้แก่

- | | | |
|--------------|---|---|
| ด้านอารมณ์ | : | หดหู่ เหงา ผิดหวัง เสียใจ |
| ด้านพฤติกรรม | : | ร้องไห้ |
| ด้านความคิด | : | คิดถึงเรื่องที่ผิดหวังมาก หยุคคิดไม่ได้ |
| ด้านร่างกาย | : | อ่อนเพลียเล็กน้อย ทำที่เหนื่อยล้า และไม่ยอมทำอะไร |

2. อารมณ์ซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) เป็นสภาพอารมณ์เศร้า ที่เป็นผลมาจากการที่บุคคลเผชิญกับการสูญเสียที่รุนแรง เช่น สูญเสียคนรัก คนสูญเสียบุคคลสำคัญ สูญเสียทรัพย์สินค่าที่มีค่า รวมถึงสูญเสียความสามารถทางร่างกายของตนเอง ซึ่งการสูญเสียที่ยกตัวอย่างมากนี้เป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ที่บุคคลประสบได้ไม่บ่อยนักในการดำรงชีวิต แต่เมื่อบุคคลต้องประสบกับเหตุการณ์เช่นนี้ สภาพจิตใจ ย่อมมีปฏิกิริยาโต้ตอบ ซึ่งอารมณ์ซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่พบได้มากที่สุดการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าในสภาพการณ์เช่นนี้ ยังไม่พิจารณาว่าเป็นความผิดปกติ การวินิจฉัยอยู่ในกลุ่ม adjustment disorder และถ้าบุคคลนั้นปรับตัวได้หรือสามารถจัดการกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม อาการซึมเศร้ามักจะลดลงและหายไป อาการของอารมณ์ซึมเศร้าของบุคคลในกลุ่มนี้ ได้แก่

- | | | |
|--------------|---|---|
| ด้านอารมณ์ | : | วิตกกังวล โกรธ รู้สึกตนเองผิด ชีวิตไม่มีคุณค่า
เหงาหมดหวังสิ้นหวัง หรือปฏิเสธความรู้สึก |
| ด้านพฤติกรรม | : | ร้องไห้ได้ง่าย มีพฤติกรรมถดถอย แยกตัว ไม่ยอมทำอะไรหรืออาจกระสับกระส่าย ไม่สามารถจะอยู่นิ่งได้ |
| ด้านความคิด | : | คิดวนเวียนอยู่กับการสูญเสีย คำหนิตนเอง คำหนิผู้อื่น
ขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต มีความคิดล้งเลหรือ
ตัดสินใจไม่ได้ |

ด้านร่างกาย : มีอาการเบื่ออาหาร หรือรับประทานมากขึ้น นอนไม่หลับหรืออยากนอนมากขึ้น มีอาการทางร่างกายอื่นๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอกและอ่อนเพลีย

3. อารมณ์ซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) เมื่อสภาพอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดจากการสูญเสีย ไม่สามารถจัดการได้ในแนวทางที่เหมาะสมหรือการปรับตัวใช้เวลานานมากขึ้น อาการต่างๆ มักจะทวีความรุนแรงและมีความซับซ้อนของสาเหตุมากขึ้น บุคคลเริ่มแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และถ้าสภาพอารมณ์ซึมเศร้าต่างๆ ดำเนินอยู่เป็นเวลานาน จัดเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ชนิด dysthymic disorder ซึ่งมีอาการต่างๆ ดังนี้

ด้านอารมณ์ : มีความรู้สึกเหงาม หมดหวัง หมดหนทาง สิ่งต่างๆ รอบตัวมีคมน ไม่แจ่มใส ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ไม่สนุกสนานในกิจกรรมต่างๆ

ด้านพฤติกรรม : มี psychomotor retardation ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย เชื่องช้า พุดช้าๆ หรือพุดน้อยลง สีหน้าทำทีหดหู่หม่นหมอง ไม่สนใจสภาพแวดล้อม ไม่สนใจร่างกายหรือดูแลร่างกายของตนเอง ทำให้ใส่เสื้อผ้าและร่างกายโดยรวมไม่สะอาด ผู้ป่วยอาจใช้สารกระตุ้นประสาทหรือสารเสพติด เช่น ยาเสพติด หรือสุรา

ด้านความคิด : ความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง ไม่มีสมาธิ ความคิดซ้ำลงคิดเรื่องเดิมหรือคิดซ้ำๆ (obsession) คิดถึงตนเองด้านไม่ดี รู้สึกตนเองไม่ดี ไม่มีความหมาย และอาจคิดถึงการทำร้ายตนเอง

ด้านร่างกาย : มีอาการเบื่ออาหาร มีน้ำหนักลดจนสังเกตได้ หรือรับประทานอาหารมากขึ้นนอนไม่หลับ โดยเฉพาะตอนเริ่มเข้านอน (early Night insomnia) หรือนอนมากเกินไป ความสนใจทางเพศลดลง และในเพศหญิงมีประจำเดือนขาดหายไป อ่อนเพลีย รู้สึกเหนื่อยหน่ายซึ่งผู้ป่วยจะรู้สึกลดลงสลับขึ้นในช่วงเช้าแต่พอเข้าช่วงบ่ายๆ จะมีความรู้สึกเหนื่อยล้ามาก นอกจากนี้มีอาการทางร่างกายอื่นๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง เจ็บหน้าอก หายใจไม่ออก อาหารไม่ย่อย และไม่มีแรง

4. อารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) อาการรุนแรงมากขึ้นกว่าอารมณ์ซึมเศร้าปานกลาง ผู้ป่วยอาจแสดงอาการของการไม่รับรู้สภาพความเป็นจริง (out of reality) มีอาการทางจิต (psychotic) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ชนิด major depressive disorder ซึ่งมีอาการต่างๆ ดังนี้

- ด้านอารมณ์ : แสดงความรู้สึกล้มเหลวโดยสิ้นเชิง การแสดงอารมณ์อาจมีลักษณะเฉยเมยหรือไม่แสดงความรู้สึกใดๆ สีหน้าดูว่างเปล่าเหงา และเศร้า ไม่มีความสุขในกิจกรรมต่างๆ
- ด้านพฤติกรรม : เชื่องช้า เดินช้าๆ ไม่พูด ไม่ได้โต้ตอบ ไม่อยากทำอะไร และไม่เคลื่อนไหว ในทางตรงข้ามอาจมีพฤติกรรมกระสับกระส่าย (irritability) หงุดหงิด นั่งไม่ติด (agitation) ผู้ป่วยไม่ใส่ใจตนเอง ทำให้ร่างกายไม่สะอาด และอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองจากความคิดหลงผิด
- ด้านความคิด : ความคิดสับสน ไม่มีสมาธิ มีความคิดหลงผิด (delusion) ทางด้านเลวร้ายคิดว่าตนเองไม่ดี คิดฆ่าตัวตาย หรือมีความคิดหลงผิดในด้านการเจ็บป่วยทางร่างกาย (somatic delusions) ร่วมกับมีอาการประสาทหลอนในแบบต่างๆ ส่วนมากเป็นประสาทหลอนทางการได้ยิน (auditory hallucination)
- ด้านร่างกาย : การทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายช้าลง เช่น การย่อยอาหาร การขับถ่าย หมดสมรรถภาพทางเพศ ในเพศหญิงประจำเดือนไม่มาตามปกติ เบื่ออาหารและน้ำหนักลด ด้านการนอนมีนอนหลับยาก หรือนอนมากแต่ไม่หลับหรือตื่นนอนเร็วกว่าผิดปกติ ซึ่งอาการต่างๆ โดยรวมแปรเปลี่ยนตามเวลา (diurnal variation) คืออาการมักจะรุนแรง หรืออาการเป็นมากในช่วงเวลาเช้า แต่พอในช่วงบ่ายๆ อาการต่างๆ จะค่อยๆ รู้สึกดีขึ้น

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

การอธิบายสาเหตุของความผิดปกติทางอารมณ์ทำได้ไม่ค่อยชัดเจน ส่วนมากอธิบายจากสาเหตุหลายประการผสมผสานกัน ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ [47]

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ แบ่งออกเป็น

1.1 ด้านพันธุกรรม (genetic factors) มีหลักฐานว่าความคิดผิดปกติทางอารมณ์ชนิด Bipolar disorder มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้สูงถึงร้อยละ 10 – 20 ส่วนความคิดผิดปกติทางอารมณ์ชนิด major depression ยังไม่มีความชัดเจน มีแต่เพียงว่าจากการสำรวจผู้ป่วยความคิดผิดปกติทางอารมณ์ทั่วไป พบว่าผู้ป่วยส่วนมากมีประวัติว่ามีญาติสายตรงเคยมีปัญหาเกี่ยวข้องกับความคิดผิดปกติทางอารมณ์

1.2 ด้านสารสื่อประสาท (neurotransmission factors) สารสื่อประสาทที่สำคัญในกลุ่ม monoamine neurotransmitters 3 ตัว ได้แก่ 5 – hydroxytryptamine (5 HT), noradrenaline และ dopamine ผลการศึกษาพบว่า ถ้าสารสื่อประสาทชื่อ 5HT ที่อยู่ในสมองมีการทำหน้าที่หรือปริมาณลดลง ส่งผลให้เกิดความคิดผิดปกติทางอารมณ์ชนิดอารมณ์ซึมเศร้า เช่นเดียวกับสารสื่อประสาทชื่อ noradrenaline ส่วนสารสื่อประสาทที่ชื่อ dopamine พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะของอารมณ์ แต่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตในผู้ป่วย จิตเภท (Schizophrenia)

1.3 ด้านการทำงานของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine factors) พบความคิดผิดปกติทางอารมณ์ ชนิดอารมณ์ซึมเศร้าได้สูงในผู้ป่วย Cushing's syndrome, Addison's disease และ ความคิดผิดปกติในการทำหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ รวมถึงหญิงหลังคลอดที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (postpartum depression) ซึ่งมีสภาวะความคิดผิดปกติของระดับฮอร์โมนต่าง ๆ

1.4 ด้านการทำงานของสารเคมีทั่วไป (neurophysiologic factor) ความคิดผิดปกติทางอารมณ์ในผู้ป่วยบางรายเกิดจากผลของยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น steroids, amphetamines และอาจเกิดจากความเสียสมดุลของระดับ electrolyte รวมถึงอาจเกิดจากการขาดสารอาหารบางอย่าง

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม แบ่งออกเป็น

2.1 ด้านจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic) ซึ่ง Sigmund Freud ได้อธิบายความคิดผิดปกติทางอารมณ์ไว้ในหนังสือชื่อ "Mourning and Melancholia" โดยอธิบายว่าทั้งความเศร้าโศก (mourning) และภาวะจิตซึมเศร้า (melancholia) เป็นผลมาจากกาสูญเสียสิ่งที่ตนรักหรือคนพอใจ (loss of love – object) แต่ความเศร้าโศกเกี่ยวข้องกับการสูญเสียในแบบชั่วคราวไม่จำเป็นต้องรักษา เมื่อบุคคลสามารถจัดการหรือแก้ปัญหาได้เหมาะสมความเศร้าโศกก็หายไปตัวเอง

สำหรับภาวะจิตซึมเศร้านั้นเกิดขึ้นกับคนบางคน ซึ่งเชื่อว่าเป็นผลมาจากการสูญเสียที่เกิดในช่วงขวบปีแรกของชีวิต (oral stage) และบุคคลเก็บกดไว้ในจิตไร้สำนึก

(unconscious) เป็นความสูญเสียที่ไม่ได้รับการแก้ไข ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่มีค่า และมีแนวโน้มจะใช้กลไกทางจิตชนิด กล่าวโทษตนเอง (introjection) หรือระบายความโกรธเข้าสู่ตนเอง (angertumed inward) เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือความไม่สบายในต่าง ๆ ส่วนการเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดคลุ้มคลั่ง (mania) นั้นอธิบายว่า เป็นกลไกของจิตใจที่จะพยายามปฏิเสธหรือต่อสู้กับภาวะซึมเศร้า (denial or defense against depression) จึงพบได้ว่าบางช่วงเวลาผู้ป่วยจะแสดงอาการซึมเศร้าด้วย

2.2 ด้านการคิด (cognitive theory) กล่าวว่าผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า เกิดจากองค์ความคิดที่มีอยู่ในบุคคลนั้น เป็นไปในด้านไม่ดี (negative thoughts) การขาดเหตุผล และรับรู้สภาพการณ์ต่าง ๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล จึงคิดว่าตัวเองไม่ดี ลดคุณค่า และกำหนดคุณค่าของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง บุคคลกลุ่มนี้ใช้ข้อสรุปต่าง ๆ มาอ้างความคิดของตนเองจนยากที่จะแก้ไขได้ โดยการอธิบายเหตุผล จึงทำให้เกิดความรู้สึกในด้านไม่ดีกับตนเอง กับอนาคตของตน และกับสภาพสังคมที่ตนอยู่

นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีเกี่ยวกับสาเหตุทางจิตสังคมของอารมณ์ซึมเศร้าดังต่อไปนี้ คือ [48]

1. การเกิดเหตุการณ์ชีวิต (Life event) จิตแพทย์บางท่านเชื่อว่าการเกิดเหตุการณ์ชีวิตเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้อารมณ์ซึมเศร้า แต่จิตแพทย์บางท่านเชื่อว่าสาเหตุที่ว่านี้มีผลสำคัญจำกัดขึ้นอยู่กับมุมมองและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยในขณะนั้น อย่างไรก็ตามจิตแพทย์โดยส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องกันว่าการอบรมเลี้ยงดูบุตรและการให้ความรักความอบอุ่นอย่างสม่ำเสมอแก่บุตรจะเป็นเกราะป้องกันบุตรไม่ให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าในอนาคต เหตุการณ์ชีวิตที่เป็นการแยกจากหรือการพลัดพราก หรือการสูญเสียบิดามารดาคนใดคนหนึ่งก่อนอายุ 11 ปี จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ชวน (predispose) ให้เด็กคนนั้นป่วยเป็นอารมณ์ซึมเศร้าในอนาคตได้ง่าย คำกล่าวเช่นนี้มีหลักฐานยืนยันกล่าวคือเราพบว่า การสูญเสียหรือการพลัดพรากจากบิดามารดา ก่อนอายุ 11 ปี จะกระตุ้นตัวรับของระบบประสาททำให้ตัวรับของระบบประสาทอ่อนแอและไวที่จะเกิดอารมณ์ซึมเศร้าในอนาคต ส่วนเหตุการณ์ชีวิตที่มักจะกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าทันทีได้บ่อยที่สุดคือการสูญเสียคู่สมรส โดยสรุปข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในขณะนี้สนับสนุนความคิดที่ว่าเหตุการณ์ชีวิตมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเริ่มเป็นอารมณ์ซึมเศร้า

2. บุคลิกภาพก่อนเกิดโรค (Premorbid personality) ทุกคนมีโอกาสเกิดอารมณ์ซึมเศร้า ถ้ามีความเครียดมีความรุนแรงพอสมควรแต่บุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยบางอย่างจะเป็นปัจจัยชวนให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย บุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัยอย่างนี้ได้แก่ บุคลิกภาพผิดปกติชนิดย้ำ

คิดย้ำทำ (obsessive compulsive personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติชนิดพึ่งพิง (dependent personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติชนิด histrionic บุคลิกภาพผิดปกติชนิด borderline ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าถ้ามีบุคลิกภาพผิดปกติร่วมด้วย บุคลิกภาพที่ผิดปกติจะทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนทั้งแก่การรักษาและแก่การดำเนินโรครวมถึง บุคลิกภาพที่ผิดปกติจะทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมในขณะที่หายจากอารมณ์ซึมเศร้าแล้วไม่ดีเท่ากับกลุ่มที่ไม่มีบุคลิกภาพผิดปกติร่วมด้วย นอกจากนี้ในขณะที่กำลังหายจากอารมณ์ซึมเศร้าผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพผิดปกติร่วมด้วยมักจะมีอาการของอารมณ์ซึมเศร้าผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพผิดปกติร่วมด้วยมักจะมีอาการของอารมณ์ซึมเศร้าหลงเหลืออยู่เล็กน้อย ๆ

3. ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) นักจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ดังต่อไปนี้คือ

3.1 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความรู้สึกโกรธหันเข้าหาตนเอง (anger turned inward) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Sigmund Freud และ Karl Abraham จัดเป็นทฤษฎีแบบฉบับ (classic) ที่ว่าด้วยสาเหตุทางจิตวิเคราะห์ของอารมณ์ซึมเศร้าทฤษฎีนี้กล่าวว่าสาเหตุเริ่มต้นของอารมณ์ซึมเศร้าคือการสูญเสียวัตถุ (object loss) วัตถุในที่นี้หมายถึงบุคคลหรือสิ่งของที่ตนเองรักการสูญเสียอาจจะเป็นการสูญเสียจริง ๆ หรือเป็นเพียงจินตนาการก็ได้ ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าจะไม่สามารถทำใจยอมรับการสูญเสียนั้น ผู้ป่วยแก้ปัญหาด้วยการนำเอาภาพลักษณ์ทั้งหมดของสิ่งที่สูญเสียไปมาไว้ในจิตใจของตนเองทำราวกับว่าสิ่งนั้นยังอยู่เพียงแต่มาอยู่ในจิตใจของตนเอง (introjection) Sigmund Freud กล่าวว่า introjection เป็นพลวัตที่สำคัญที่นำไปสู่อารมณ์ซึมเศร้าต่อมาผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการที่บุคคลหรือสิ่งของที่ตนเองรักจากไปเป็นการทอดทิ้งตนเอง ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกเกลียดชังและโกรธบุคคลหรือสิ่งของที่สูญเสียไปนั้นมาไว้กับจิตใจของตนเองการโกรธบุคคลหรือสิ่งของที่สูญเสียไปจึงเหมือนหนึ่งเป็นการโกรธตนเอง Sigmund Freud และ Karl Abraham กล่าวว่า การโกรธตนเองเสมือนหนึ่งเป็นการลงโทษบุคคลอื่นหรือสิ่งของที่สูญเสียไปที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจะพึ่งพิงบุคคลนั้นหรือสิ่งของนั้นต่อไป การโกรธตนเองทำให้ไม่พึงพอใจตนเองทำให้ดำเนินชีวิตคนเดียวและทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา Sigmund Freud และ Karl Abraham เชื่อว่าบุคคลที่ประสบกับความสูญเสียวัตถุจนกระทั่งเกิดความรู้สึกโกรธและความโกรธกลับหันเป็นการโกรธตนเองจนนำไปสู่การเกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา บุคคลที่มีแนวโน้มจะเกิดอารมณ์ซึมเศร้าในลักษณะอย่างนี้มักจะมีประวัติว่าในวัยเด็กอายุระหว่าง 12-18 เดือนความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับมารดาจะไม่ดี เด็กจะมีอุปนิสัย oral-sadistic กล่าวคือมีแนวโน้มที่จะลงโทษตนเอง ไม่ชอบการเรียกร้องหรือการป้องกันสิทธิของตนเอง (assertiveness) ไม่ชอบการแสดงความก้าวร้าวรุนแรง ความโกรธที่หันเข้าหาตนเองอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายแต่เนื่องจากผู้ป่วยได้รับเอาภาพลักษณ์

ของบุคคลที่สูญเสียไปมาไว้กับตนเองแล้วการฆ่าตัวตายจึงอาจจะเกิดจากจิตไร้สำนึกต้องการฆ่าบุคคลที่สูญเสียไปนั้น

3.2 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียวัตถุ (object loss) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย John Bowlby คำว่า “รู้สึกสูญเสียวัตถุ” หมายถึง ความรู้สึกที่เจ็บปวดที่เกิดจากการแยกจากพลัดพราก (traumatic separation) จากวัตถุที่ตนเองยึดติด (object of attachment) การต้องแยกจากพลัดพรากมีความหมาย (symbolic meaning) ต่อผู้ป่วยว่าเป็นการสูญเสียสิ่งที่ตนเองรักมาก ๆ ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การยึดติดบุคคลจะเริ่มต้นในวัยเด็กเล็ก โดยเป็นการยึดติดมารดาหรือบุคคลอื่นที่ทำหน้าที่เป็นมารดาการยึดติดอย่างนี้จะ เป็นแบบอย่างขั้นต้น (prototype) ของการยึดติดบุคคลอื่นในวันข้างหน้า ถ้าการยึดติดขั้นต้นมีปัญหาเช่นมีการสูญเสียหรือความสัมพันธ์กับมารดาไม่ดีจะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกที่เจ็บปวด ความรู้สึกที่เจ็บปวดนี้เป็นปัจจัยชวนให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าในอนาคต ถ้าความรู้สึกสูญเสียเกิดขึ้นอีกในวัยผู้ใหญ่ความรู้สึกสูญเสียครั้งหลังนี้จะกระตุ้นความรู้สึกเจ็บปวดซึ่งถูกซ่อนอยู่ในส่วนลึกของจิตใจอยู่ก่อนแล้วให้กำเริบมากขึ้นจนเป็นอารมณ์ซึมเศร้า ในทางคลินิกเราพบผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าจำนวนหนึ่งที่อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความรู้สึกสูญเสียวัตถุโดยตรงโดยมิได้เกิดจากความรู้สึกโกรธหันเข้าหาตนเอง

3.3 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียความภาคภูมิใจตนเอง (loss of self esteem) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย E. Bib ring ทฤษฎีนี้กล่าวว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการที่อวดดีไม่สามารถยกเลิกเป้าหมายหรืออุดมคติที่ตนเองไปไม่ถึง ตามปกติแต่ละคนจะมีอาการหลงรักตนเอง (narcissism) ว่าตนเองน่ารัก มีคนรัก ตนเองเก่ง ตนเองเลิศ ตนเองแข็งแกร่ง มีคนสรรเสริญ การไปไม่ถึงเป้าหมายหรืออุดมคติที่ตนเองตั้งไว้เหล่านี้จะทำให้ความรู้สึกหลงรักตนเองต้องมีบาดแผล (narcissistic injury) ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่น่ารัก ไม่มีความสามารถ ไม่มีอำนาจ รู้สึกสูญเสียบทบาทและหน้าที่ รู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์ ทำให้สูญเสียความรู้สึกอยากอยู่ต่อไปเหล่านี้ทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจตนเองหายไปและเป็นสาเหตุทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า

3.4 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากบุคคลอื่นที่ครอบงำผู้ป่วย (dominant other) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Silvano Arieti ทฤษฎีนี้กล่าวว่าผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าบางรายอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความรู้สึกที่ว่าตนเองอยู่หรือทำเพื่อบุคคลอื่น มิใช่อยู่หรือทำเพื่อตนเอง ขณะเดียวกันบุคคลอื่นที่ครอบงำผู้ป่วยก็มิได้แสวงว่าพึงพอใจในสิ่งที่ผู้ป่วยได้กระทำไป บุคคลอื่นในที่นี้อาจจะเป็นคู่สมรส บิดามารดา องค์กร หลักการหรืออุดมคติ การที่บุคคลอื่นมิได้แสดงว่าพึงพอใจในสิ่งที่ผู้ป่วยได้กระทำทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่บรรลุสิ่งที่ตนเองต้องการ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าไม่มีประโยชน์ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าติดตามมา Silvano Arieti กล่าวว่าผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้ามักจะคิดอย่างตรงจนคิดว่าการอยู่เพื่อบุคคลอื่นหรือเพื่อองค์กรหรือเพื่ออุดมคติด้วยวิธีอื่นเป็นสิ่งที่

ที่ตนเองยอมรับไม่ได้หรือแม้เพียงคิดเท่านั้นก็ยังไม่ให้คิด ผู้ป่วยมักจะคิดว่าถ้าไม่ได้สิ่งที่ตนเองต้องการแล้วทางเลือกอย่างอื่นคือการฆ่าตัวตายเท่านั้น

3.5 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากสภาพอย่างนั้นทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า (depressive position) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Melanie Klein ทฤษฎีนี้กล่าวว่าทารกอายุ 6 เดือนแรก จะมีความก้าวร้าวรุกรานเป็นลักษณะเด่น ทารกจะโทษว่าความไม่สะดวกสบายทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งแรงคล้อยที่จะก้าวร้าวรุกรานที่ตนเองมีต่อมารดาแล้วมีสาเหตุจากมารดาต่อเมื่อทารกมีอายุระหว่าง 7 - 12 เดือน ทารกจะมี libido มากกว่าความก้าวร้าวรุกราน ทารกจะเริ่มตระหนักถึงความก้าวร้าวรุกรานต่อมารดาแท้ที่จริงแล้วเป็นของตนเองต่างหากขณะเดียวกัน ทารกจะเริ่มตระหนักว่าที่จริงแล้วมารดาสามารถทำให้ทารกเกิดทั้งความสะดวกสบายและความคับข้องใจ มารดาจึงมีทั้งส่วนที่ดีและส่วนที่ไม่ดีแต่ทั้ง 2 ส่วนอยู่ในมารดาคนเดียวกัน ดังนั้นการคิดก้าวร้าวรุกรานต่อส่วนไม่ดีของมารดาอาจจะทำให้สูญเสียมารดาส่วนที่ดีไปด้วยเพราะมารดาทั้งส่วนที่ดีและส่วนที่ไม่ดีต่างอยู่ในคนคนเดียว การเข้าใจว่าตนเองอาจจะทำร้ายจิตใจมารดาซึ่งเป็นบุคคลที่ตนเองรักทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าโดยสรุปก็คือเมื่อคิดได้อย่างนี้ก็ต้องเกิดอารมณ์ซึมเศร้าแน่ ๆ (depressive position) ถ้าปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปกติทารกจะพัฒนาต่อไปจนเข้าสู่โลกแห่งความเป็นจริงยอมรับว่าจริง ๆ แล้วมารดามีทั้งส่วนที่ดีและส่วนที่ไม่ดี ความรู้สึกที่ว่าบางครั้งรักและบางครั้งไม่รักมารดา (ambivalence) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ทารกควรจะรู้สึกขอบคุณและกตัญญูต่อมารดา ทารกจะเติบโตขึ้นอย่างเป็นสุข Melanie Klein กล่าวว่าผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการไม่สามารถพัฒนาการผ่าน depressive position นี้ ผู้ป่วยยังคงยึดติด (fixed) อยู่กับความวิตกกังวลที่ว่าสิ่งที่ตนเองรักได้ถูกส่วนก้าวร้าวรุกรานของตนเองทำลายไป ผู้ป่วยอยากได้สิ่งนั้นกลับคืนมาทั้งหมดนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามทฤษฎีนี้อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความไม่พึงพอใจตนเอง (ที่มีแรงคล้อยอยากจะทำร้ายมารดา) ซึ่งต่างกับทฤษฎีของ Sigmund Freud ซึ่งกล่าวว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความไม่พึงพอใจ introjected object

3.6 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความรู้สึกล้มเหลวในวัตถุที่ตนเองหมายเอาไว้ (selfobject failure) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Heinz Kohut ทฤษฎีนี้กล่าวว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความต้องการของตนเอง (selfobject) 3 ประการไม่ได้รับการตอบสนองจากบิดามารดา (ซึ่งเปรียบเป็นวัตถุ) ความต้องการของ selfobject 3 ประการนี้ได้แก่ ความต้องการคำชมหรือการยอมรับ (mirroring) ความต้องการสภาพอุดมคติในบิดามารดา (idealization) ความต้องการทำตนเองให้เหมือนบิดามารดา (twinship) เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองจากบิดามารดาผู้ป่วยจะเกิดอารมณ์ซึมเศร้า

3.7 อารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนหนึ่งของอัตลักษณ์ (Characterological depression) ผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการซึมเศร้าอยู่เนืองๆ โดยไม่มีอาการอื่นจนครบเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็น major depressive episode อาการที่มักจะไม่เป็นได้แก่ vegetative symptom ซึ่งได้แก่ใจและกายเชื่องช้า (psychomotor retardation) ไม่มีความต้องการทางเพศ เบื่ออาหาร อ่อนเพลียและการนอนหลับ ผิดปกติผู้ป่วยเหล่านี้จำนวนหนึ่งจะมีบุคลิกภาพผิดปกติ อารมณ์ซึมเศร้าที่มีอยู่เป็นลักษณะอย่างหนึ่งของบุคลิกภาพนั้นหรืออัตลักษณ์นั้น อารมณ์ซึมเศร้าที่ถูกจัดเป็นส่วนหนึ่งของอัตลักษณ์มักจะประกอบด้วยอาการรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว อ้างว้าง รู้สึกว่าหวังอะไรจากคนอื่นไม่ได้ เบื่อๆ เซ็งๆ ท้อแท้ ถ้าหากผิดหวังผู้ป่วยจะรู้สึกขุ่นเคือง ผู้ป่วยมักจะให้ประวัติว่าในวัยเด็กขาดความรักความอบอุ่นจากบิดามารดาทำให้ตอนโตขึ้นผู้ป่วยเฝ้ามองบุคคลที่จะหน้าที่ทดแทนบิดามารดา

4. ทฤษฎีทาง cognition ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Aaron Beck cognition เป็นขบวนการรับความรู้ด้วยสติปัญญาแล้วจัดระเบียบความรู้นั้นแล้วจึงนำไปใช้ในโอกาสต่อไป ทฤษฎีทาง cognition กล่าวว่าผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้าจะมีขบวนการของ cognition ที่มุ่งพิจารณาประสบการณ์ในชีวิตหรือมุ่งพิจารณาสิ่งต่างๆ ให้บิดเบือนไปจากความเป็นจริงหรือพิจารณาไปในทางลบแทนที่จะพิจารณาไปในทางที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงหรือพิจารณาไปในทางบวก Aaron Beck กล่าวว่าผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้ามี cognition triad คือผู้ป่วยจะ cognition ว่าตนเองหมดหนทางที่จะต่อสู้และตนเองไม่มีประโยชน์อีกแล้ว (helpless) ผู้ป่วยมักจะตีความ (interpret) เหตุการณ์ต่างๆ ไปในทางไม่ดีและผู้ป่วยจะ cognize ว่าอนาคตไม่มีความหวังการบิดเบือนใน cognition นี้เกิดจากการมีบาดเจ็บต่อจิตใจในวัยเด็กเช่นมีการสูญเสียบิดามารดา การขาดการเอาใจใส่ การถูกเพื่อนปฏิเสธ ไม่ยอมรับการบาดเจ็บต่อจิตใจเหล่านี้เป็นการสร้างเงื่อนไข (condition) ให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะคิดและตีความและตอบสนองในทางลบต่อเหตุการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นในโอกาสต่อไป ความเห็นในทางลบที่เกิดจากการเรียนรู้มาก่อนเช่นนี้ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา การรักษาทาง cognition จึงเป็นการพิสูจน์หา (identify) เงื่อนไขที่ทำให้เกิด cognition ที่ไปในทางลบแล้วดัดแปลงแก้ไข (modify) ให้เป็น cognition วิธีใหม่

5. ทฤษฎีทางการเรียนรู้ (Learning theory) ทฤษฎีทางการเรียนรู้ในส่วนที่ว่าด้วยสาเหตุของอารมณ์ซึมเศร้ามี 2 ทฤษฎีย่อยคือ

5.1 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (lack of reinforcement) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Peter Lewinsohn ทฤษฎีนี้กล่าวว่าอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการไม่ได้รับแรงเสริม (รางวัล) ที่เหมาะสมหรือได้รับแรงเสริมน้อยเกินไปหรือได้รับรางวัลแต่ไม่ได้รับทันทีที่แสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง (noncontingent reward) สาเหตุที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวอาจเกิดจากการที่สังคมนั้นไม่สามารถจัดหารางวัลใดๆ ได้เลย เหตุการณ์อย่างนี้จะทำให้นักกลั้นขาดทักษะทางสังคมจนทำให้

ความสามารถในการพบกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้ได้รับรางวัลทันทีลดลง ดังนั้นจิตบำบัดทุกชนิดที่มุ่งเพิ่มทักษะทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยจะช่วยป้องกันการเป็นอารมณ์ซึมเศร้า (depression episode) ได้

5.2 อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการเรียนรู้มาก่อนว่าสภาพอย่างนั้นหมดหนทางแล้ว (learned helplessness) พฤติกรรมที่แสดงว่าหมดหนทางแล้วประกอบด้วย การอยู่เฉยๆ ไม่รุก (passive) ถอนตัว (withdraw) และทำกิจกรรมลดลง ในการทดลองเมื่อทำให้สัตว์ทดลองจะยอมแพ้ และแสดงพฤติกรรมหมดหนทางที่จะหลีกเลี่ยงนี้ ต่อมาถ้าทำให้สัตว์ทดลองถูกช็อกด้วยไฟฟ้าอีก สัตว์ทดลองจะยอมแพ้และแสดงพฤติกรรมหมดหนทางที่จะหลีกเลี่ยงนี้ ต่อมาถ้าทำให้สัตว์ทดลองถูกช็อกด้วยไฟฟ้าอีก สัตว์ทดลองจะยอมแพ้และแสดงพฤติกรรมหมดหนทางที่จะหลีกเลี่ยงนี้ ต่อมาถ้าทำให้สัตว์ทดลองถูกช็อกด้วยไฟฟ้าอีก สัตว์ทดลองจะคิดไปก่อนว่าคงกำลังประสบกับสภาพเดิมอีกแล้ว ดังนั้นแม้จะพยายามหลีกเลี่ยงก็คงไม่สำเร็จ สัตว์ทดลองก็จะไม่พยายามทำอะไรที่จะช่วยให้ตนเองหลีกเลี่ยงได้เลย เป็นการแสดงพฤติกรรมในทำนองที่ว่าสภาพอย่างนั้นหมดหนทางเหมือนกับที่เคยประสบมาก่อน ทฤษฎีนี้กล่าวต่อไปว่าอารมณ์ซึมเศร้าก็เหมือนกันกล่าวคือเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการรู้สึกว่หมดหนทางแล้วหรือเป็นพฤติกรรมของการทดลองอาลัย นอกจากนี้การเคยเรียนรู้หลายๆ ครั้งว่าคืนรนไปก็ไม่เกิดประโยชน์จะทำให้เกิดบุคลิกลักษณะบางอย่างเกิดขึ้น เช่น จำยอม ไม่ขุ่นเคือง ไม่เป็นปรีภย แต่ตำหนิตนเองอยู่เสมอเป็นต้น ตามทฤษฎีหมดหนทางตามที่เคยเรียนรู้มาก่อนนี้อาการอารมณ์ซึมเศร้าจะดีขึ้นถ้าแพทย์ช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณยังคงมีความสามารถที่จะควบคุมและบังคับสิ่งแวดล้อมได้วิธีการทำให้เกิดความเชื่อมั่นดังกล่าวได้แก่วิธีการทางพฤติกรรม เช่น การให้รางวัลและการเสริมแรงชนิดบวก (positive reinforcement)

6. แรงสนับสนุนทางสังคม

Cobb [49] ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าคนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Lindemann และคณะ [50] ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมเอาไว้ว่า เป็นการสนับสนุนต่างๆ ที่มีต่อบุคคล กลุ่ม หรือชุมชน

Barrera [51] ได้ให้ความหมายเพิ่มเติมว่าการสนับสนุนดังกล่าวอาจเป็นความใกล้ชิด การให้ความช่วยเหลือในรูปสิ่งของ แรงงาน ข้อมูลข่าวสาร และความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Wallaton [52] กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้คำปรึกษา การช่วยเหลือ หรือการให้ข่าวสารต่อคนที่เป็นการติดต่ออย่างเป็นทางการของบุคคลหรือกลุ่ม รวมทั้ง กระบวนการที่คนมีปฏิสัมพันธ์กัน แล้วมีผลในทางบวกต่อคนๆ นั้น ทั้งในด้านสังคม จิตใจและ ร่างกายที่มีสุขภาพดี

การสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็นหลายด้าน ตามแนวคิดที่มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้ แนวคิดของ Weiss [53] ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

1. การให้ความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) ส่งผลต่ออารมณ์โดยรวม คือทำให้บุคคล รู้สึกมั่นคงปลอดภัย และอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์เช่นนี้จะพบในกลุ่ม สมรส เพื่อน หรือสมาชิกครอบครัวเดียวกัน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะมีความรู้สึกเกิด ภาวะโดดเดี่ยวทางอารมณ์ (Emotional Isolation) หรือภาวะเหงา (Loneliness)
2. ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) ทำให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมาย มีความเป็นเจ้าของ และได้รับการยอมรับตนว่ามีคุณค่าต่อกลุ่ม ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนทาง สังคมในด้านนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกถูกแยกจากสังคม
3. การให้โอกาสที่จะเลี้ยงดูตัวเอง (Opportunity for Nurture) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ใหญ่ มีความรับผิดชอบต่อการเจริญเติบโต และสุขภาพของผู้เยาว์ แล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าเป็น ที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึงพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่จะทำให้เกิดความคับข้องใจ ชีวิต นี้ไม่สมบูรณ์ และไร้จุดหมาย
4. การให้ความรู้สึกมีคุณค่า (Reassurance of Worth) เป็นการได้รับการยอมรับในสถาบัน ครอบครัวหรือเพื่อน เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม บทบาทนั้นอาจเป็น บทบาทในครอบครัว หรือในอาชีพ ถ้าคนเราไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้ความเชื่อมั่นหรือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง
5. ความเชื่อมั่นในการเป็นมิตรที่ดี (A sense of Reliable Audience) การสนับสนุนนี้เริ่ม จากความสัมพันธ์กับญาติใกล้ชิด ซึ่งคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือหวังใยอย่างต่อเนื่อง ถ้า ขาดจะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความมั่นคง และถูกทอดทิ้ง
6. การได้รับคำชี้แนะ (The Obtaining of Guidance) หมายถึง การได้รับความจริงใจ การ ช่วยเหลือทางอารมณ์ และชี้แนะข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนศรัทธา และคำพูดที่เชื่อถือได้ เมื่อ เกิดความเครียด และภาวะวิกฤติ ถ้าขาดการสนับสนุนจะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้ผิดหวัง

Cobb (อ้างถึงใน สุกรีใจ เจริญสุข) [54] ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก เอาใจใส่ มีความผูกพัน และไว้วางใจ
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า (Esteem Support) หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึก หรือทราบว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับ
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่าตนเองเป็นสมาชิก หรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน

Schaefer และคณะ(อ้างถึงใน จิรศักดิ์ เล่าศักดิ์โบราณ) [55] แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การก่อให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิด มีความมั่นใจ และความเชื่อมั่นว่าจะพึ่งพิงผู้อื่นได้เสมอ ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รักเป็นที่ใส่ใจ และเป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่ม ไม่ใช่คนแปลกหน้า
2. การสนับสนุนทางวัตถุ (Tangible Support) หมายถึง เป็นการให้ความช่วยเหลือ หรือให้บริการต่างๆ เช่น ให้ยืมเงิน ให้ของขวัญ ช่วยดูแลในเวลาที่ต้องการ เป็นต้น
3. การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้ รวมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงการกระทำของบุคคลด้วยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล

Pender [57] แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่าสำคัญมากที่สุด เพราะมีบทบาทสำคัญต่อบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก เป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อแบบแผนพฤติกรรม และประสบการณ์ต่างๆ
2. กลุ่มบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อน บุคคลสำคัญ บุคคลใกล้ชิด เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน
3. กลุ่มบุคคลทางศาสนา ได้แก่ พระ ผู้นำศาสนา หรือบุคคลอื่นในองค์กรศาสนา โดยยึดหลักคำสอนของศาสนาเป็นเป้าหมายในการสนับสนุน
4. กลุ่มบุคคลทางด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาที่จะช่วยให้บุคคลรู้จักการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล และฟื้นฟูสุขภาพของตนเอง และผู้ใกล้ชิด
5. กลุ่มวิชาชีพอื่นๆ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมตามมโนทัศน์ของ Beand และ Weinert เนื่องจากมีความครอบคลุมการตอบสนองต่อ ความจำเป็นพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล

Cohen และ Wills [57] ได้ศึกษากลไกการสนับสนุนทางสังคม เพื่ออธิบายภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ โดยอธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิต โดยเป็นตัวช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤติ

Allgower และคณะ[58] ศึกษาภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล ในหนุ่มสาว กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาอายุระหว่าง 18 – 30 ปี กำลังศึกษาอยู่ในคณะที่ไม่เกี่ยวข้องทางสุขภาพจาก 16 ประเทศ เพศชายจำนวน 2,091 คน เพศหญิง จำนวน 3,438 คน จากการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคมทั้งสองเพศ

พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล [59] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดา กับอาการวิตกกังวล และซึมเศร้าภายหลังคลอด ในมารดาที่มีบุตรคนแรกผลการศึกษาพบว่า สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Paykel [60] ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปรับตัวหรือการตอบสนองภาวะเครียดของบุคคล โดยที่การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำหรือไม่มีเลย ทำให้บุคคลเกิดความเครียด และส่งผลในทางลบต่อสุขภาพ ในทางตรงข้ามหากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีก็จะทำให้บุคคลมีความสุขใจดี

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูตินรีเวช

สมถวิล สิ้นธุ ประสิทธิ์ [61] ศึกษาภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยเปลี่ยนจำนวน 350 ราย อายุ 45-59ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลป่าโมก โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า (HASR) พบว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18 เป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 7.1 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 10.9 และเคยพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.7 และเมื่อนำปัจจัยต่าง ๆ มาวิเคราะห์โดย multiple Logistic Regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ได้แก่รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว และสถานะของประจำเดือน โดยสตรีที่รายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน รายได้ไม่พอใช้จ่าย ครอบครัวไม่มีความสุข ขาดประจำเดือนไม่เกิน 1 ปี เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

MacFarlane และ Sony [62] ศึกษาความเครียดของผู้หญิงเมื่อพบก่อนบริเวณเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ผลการตรวจชิ้นเนื้อเป็นเนื้องอก จำนวน 42 ราย ทำการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหลังการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเต้านม 1 สัปดาห์ โดยให้ระลึกถึงความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นตั้งแต่พบก่อนบริเวณเต้านม จนถึงระยะก่อนเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงสูง ผู้ป่วยในกลุ่มอายุระหว่าง 29-39 ปี มีความวิตกกังวลสูงสุด ส่วนกลุ่มอายุน้อยกว่า 28 ปี และมากกว่า 62 ปี มีความวิตกกังวลต่ำที่สุด และจากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกิดจากการกลัวเป็นมะเร็ง ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ กลัวการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ กลัวปวดจากการผ่าตัด นอกจากนี้ยังกังวลเกี่ยวกับขนาดของก้อน ภาวะลักษณะ และการกลับเป็นซ้ำ การศึกษาดังกล่าวใช้ทฤษฎีความเครียดของ ทาชารัส เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความเครียด แต่วัดระดับความเครียดด้วยความวิตกกังวล (Trait anxiety) ของ สไปเบอเจอร์ (Spielberger) ซึ่งมีแนวคิดแตกต่างไปจากแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาอย่างไรก็ตามผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional response) ในระดับสูงและยังเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพพึ่งสาเหตุของความวิตกกังวล โดยให้ผู้ป่วยบรรยายถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลอีกด้วย

Beneck และคณะ (อ้างถึงใน สมหมาย คชนาม) [63] ศึกษาความวิตกกังวลในผู้ป่วยเพศหญิงที่ผลการตรวจชิ้นเนื้อเป็นเนื้องอกภายใน 2 ปี ที่ผ่านมา จำนวน 238 ราย โดยให้ผู้ป่วยระลึกถึงช่วงเวลาตั้งแต่พบว่ามีก้อนบริเวณเต้านม จนถึงวันที่เข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ พบว่าช่วงระยะเวลาดังกล่าว ผู้ป่วยร้อยละ 58 มีความวิตกกังวลใน ระดับสูงมาก ระยะเวลาที่รอการวินิจฉัยไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด

Premila และคณะ [64] ได้ศึกษาถึงความวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่แท้งบุตรในช่วงตั้งครรภ์ 10-13 สัปดาห์ ด้วยแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scales (HADS) พบว่าผู้ป่วย 47.5% ของผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้าก่อนเข้ารับการทำ abortion แต่เมื่อแยกเป็นภาวะวิตกกังวลพบผู้ป่วย 40% มีภาวะวิตกกังวลเข้ารับการทำ abortion และมีภาวะซึมเศร้า 24.1% เข้ารับการทำ abortion

สุปราณี อัครเสรี [65] ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูติศาสตร์ต่อการคลอด พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลความกลัวว่าจะเกิดอันตรายต่อตนเองและทารก กลัวได้รับบาดเจ็บ เครียดกลัวตาย รู้สึกเป็นห่วงว่าทารกในครรภ์อาจจะได้รับความกระทบกระเทือนว่าการตรวจรักษา หรืออาการคลอด กลัวและกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บครรภ์ทั้งที่และรุนแรงขึ้น กลัวและกังวลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่แปลกใหม่ที่ประกอบด้วยเครื่องมือเครื่องใช้ อุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ใช้ในการดูแลรักษา รวมทั้งกลิ่นแรง และเสียงที่ไม่คุ้นเคย การถูกแยกออกจากครอบครัว และสังคม ต้องอยู่ร่วมกับผู้คลอดอื่น ขาดความเป็นส่วนตัว ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบทางโรงพยาบาลถูกจำกัด กิจกรรม งนน้ำและอาหาร หรืออาจต้องได้รับการรักษาด้วยยาให้ยาน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นสาเหตุความวิตกกังวลของผู้คลอด

Guttentag และคณะ [66] ศึกษาพบว่า โรคจิตแบบอารมณ์ซึมเศร้าจะพบมากขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในสตรีวัยเปลี่ยน ซึ่งพบว่าสตรีที่มีอายุมาก จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าสตรีที่มีอายุน้อยกว่าถึง 3 เท่า เนื่องจากสตรีที่มีอายุน้อยกว่าสามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ได้ดีกว่า เช่น แหล่งบริการด้านสุขภาพ รายได้จากการประกอบอาชีพ และการมีอำนาจในการต่อรองในเรื่องสัมพันธภาพทางสังคมดีกว่าด้วย ส่วนสตรีวัยสูงอายุกว่า มักจะถูกปลดออกจากงาน ต้องอาศัยพึ่งพิงคนอื่นในทางเศรษฐกิจ เข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพ ซึ่งตามด้วยการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายและปัญหาสุขภาพจิต

Mc Kinlay JB. และคณะ [67] ศึกษาพบว่า คนที่ไม่ได้แต่งงานจะมีอัตราการเกิดอารมณ์เศร้าน้อยที่สุด ส่วนคนที่มีสถานภาพ หย่าร้าง หม้าย จะมีอัตราการเกิดอารมณ์เศร้ามากที่สุด และพบว่าจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาจะมีความผกผันกับการเกิดอารมณ์เศร้า

สุมนา ชมพูทวีป และคณะ[68] ศึกษาพบว่าในปี พ.ศ. 2535 กลุ่มหญิงอายุระหว่าง 45-59 ปี ที่อาศัยอยู่บริเวณศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 2,371 คน พบอาการอารมณ์เศร้าในกลุ่มหญิงวัยอ่อนหมดประจำเดือน ร้อยละ 2.7 กลุ่มประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 8.5 และในกลุ่มที่หมดประจำเดือนแล้วร้อยละ 2.2

กัลยา แซ่เอี้ยว[69] ทำการศึกษาในปี พ.ศ. 2539 พบว่าสตรีที่มารับบริการที่คลินิกวัยหมดประจำเดือนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อายุ 40-59 ปี จำนวน 113 ราย มีความชุกของอารมณ์เศร้า ร้อยละ 31

มงคล จิตวัฒนากร และวาสนา พัฒนกำจร[70] ได้ทำการศึกษา ในสตรีวัยหมดประจำเดือน ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี อายุ 45-59 ในปี พ.ศ.2542 พบอัตราการเกิดภาวะ ซึมเศร้าร้อยละ 13.0

Dennerstein และคณะ [71] ทำการศึกษาในกลุ่มหญิงอายุ 45-55 ปี ที่เมืองเมลเบิร์น Melbourne ประเทศออสเตรเลีย จำนวน 2,000 คน พบอาการอารมณ์เศร้าร้อยละ 35

Hay และคณะ[72] ทำการศึกษา ณ คลินิกวัยหมดประจำเดือน ที่ Edinburgh พบว่าผู้ป่วย หญิงจำนวน 78 ราย ที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ โดยใช้แบบวัด The Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) พบว่ามีอาการซึมเศร้าถึงร้อยละ 45

Brown G [73] พบว่าในสตรีที่มีปัญหาสุขภาพกายอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ มี อาการซึมเศร้าเหล่านี้พยายามที่จะเผชิญหน้ากับความเครียดที่เกิดจากสภาวะความเจ็บป่วยที่ได้รับ ตลอดจนความทุกข์ทรมานจากสภาพความพิการต่างๆ ที่ปรากฏ ยิ่งสตรีรายใดที่มีความรุนแรงและ เรื้อรังของ โรคที่เป็นอยู่มากเท่าไร ก็ยิ่งแสดงภาวะซึมเศร้ามากขึ้นเท่านั้น

ฉวีวรรณ สิทธิเวช [74] ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ของ ผู้ป่วยศัลยกรรมช่องท้อง กับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ เข้ามารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเกี่ยวกับอวัยวะภายในช่องท้องจำนวน 60 ราย ซึ่งมีอายุระหว่าง 25-45 ปี โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มดังกล่าวควบคุม และ กลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลพบว่าร้อยละ 96.67 ของ ผู้ป่วยทั้งหมดกล่าวว่าสิ่งที่กลัวและวิตกกังวลอย่างมากที่สุดคือ กลัวการดมยาสลบ เกรงว่าจะไม่ฟื้น จากการดมยาสลบกลัวความตาย และพบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $P < 0.05$ แสดงว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

Jean และคณะ [75] ทำการศึกษาเรื่อง “องค์ประกอบทางจิตใจของผู้ป่วยที่มาทำผ่าตัด” โดย ใช้กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดถุงน้ำดีและมดลูกทั้งเพศชาย และหญิงจำนวน 77 ราย อายุระหว่าง 25-51 ปี อายุเฉลี่ยคือ 40 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคือ แบบวัดปฏิบัติการทาง อารมณ์ (The Mood Aoljective Check List) และแบบประเมินความรู้สึกเจ็บปวด การประเมินผลจะ เริ่มกระทำตั้งแต่เช้าวันที่ผู้ป่วยจะทำผ่าตัด ติดต่อกันไปถึงวันที่ 5 หลังผ่าตัดผลการวิเคราะห์พบว่า สภาพทางอารมณ์วิตกกังวลของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ สัมพันธ์ที่ 0.32 - 0.5 ยกเว้นในเช้าวันที่จะทำผ่าตัดผู้ป่วยจะมีอารมณ์ตื่นเต้นและกระวนกระวายใจ

สูงมาก ลักษณะอารมณ์อื่นๆ ก็คือ ซึมเศร้า กลัว โกรธ และเหนื่อยหน่ายท้อแท้ ผลการประเมินความรู้สึกรู้สึกเจ็บปวด พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่สบายใจหรือความกลัวก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีความกลัวก่อนผ่าตัดเพียงเล็กน้อยจะมีความเจ็บปวดเพียงเล็กน้อย และพบว่าไม่มีผู้ป่วยในกลุ่มใดที่มีความเจ็บปวดรุนแรง

Susan.L. Woodwand (อ้างถึงใน ฉวีวรรณ สิริเวช)[78] ได้ศึกษาความวิตกกังวลจากการเปรียบเทียบความแตกต่างของความดันโลหิตของผู้ป่วยเมื่อมีความรู้สึกวิตกกังวล โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบความดันโลหิตจากผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างรอผ่าตัดจำนวน 60 ราย ในเวลาต่างๆ กัน การวิเคราะห์ผลปรากฏว่าองค์ประกอบที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและกลัวมาก คือ กลัวความตาย (การไม่ได้รับข้อมูลใด ๆ เลยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคน กลัวการดมยาสลบ กลัวแพทย์ที่จะทำผ่าตัด) เป็นสาเหตุที่สำคัญอันดับแรก รองลงมาคือกลัวว่าจะเป็นมะเร็งเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาวิทยาที่เด่นที่สุดคือ ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้นจากระดับปกติโดยเฉพาะอย่างยิ่งก่อนผ่าตัดจะเพิ่มมากที่สุด

John A. wolfer และ Carol E. davis [77] ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การประเมินสภาพทางอารมณ์ของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด โดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดเกี่ยวกับอวัยวะในช่องท้องทั้งหมด รวมถึงอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์จำนวน 146 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 70 ราย เพศหญิง 76 ราย ผู้ป่วยหญิงเป็นผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดอวัยวะสืบพันธุ์ เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินความรู้สึกของอารมณ์ (F-A-Self-rating) แบบประเมินความวิตกกังวล (The S-R-Inventories Consciousness) แบบประเมินความเจ็บปวด และแบบวัดทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อโรงพยาบาลของลิเคท การวิเคราะห์ผลพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีความวิตกกังวลและความกลัวในระดับสูงร้อยละ 30 ระดับปานกลางร้อยละ 40 และระดับเล็กน้อย 29 ส่วนเพศชาย มีความวิตกกังวลระดับร้อยละ 15 ระดับปานกลางร้อยละ 39 และระดับเล็กน้อยร้อยละ 46 จากความแตกต่างดังกล่าวอาจเป็นเครื่องบ่งชี้ว่า การทำผ่าตัดเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์โดยเฉพาะการผ่าตัดมดลูกซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญมากสำหรับบทบาท ทางเพศของหญิงอาจมีอิทธิพลอย่างมากต่อความรู้สึกวิตกกังวลของผู้ป่วยและจากการประเมินความรู้สึกวิตกกังวลก่อนผ่าตัดพบว่าค่าเฉลี่ยของเพศหญิงเท่ากับ 229 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.66 เพศชาย ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 18.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.28 แสดงให้เห็นว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย และความรู้สึกวิตกกังวลและกลัวจะสูงมาก ในคืนก่อนที่ทำผ่าตัด

วนิดา บุญเจิม [78] ได้ทำการศึกษา เรื่องความรู้สึกของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ โดยมีวัตถุประสงค์เพึ่งจะเปรียบเทียบความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วยก่อนเข้าการผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะกับระบบอวัยวะสืบพันธุ์ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ามารักษาด้วยการผ่าตัดทางศัลยกรรมช่องท้องและระบบนารีเวชจำนวน 60 ราย เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์แบบมาตราส่วนประมาณค่า ผลคือ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $P < 0.05$ และเกี่ยวกับระดับการศึกษาพบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะที่ไม่ได้รับการศึกษามีความวิตกกังวลน้อยกว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดระบบอวัยวะสืบพันธุ์ที่ไม่ได้รับการรักษา

Suwana [79] ได้ทำการศึกษาเรื่อง"อิทธิพลทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อความวิตกกังวลในเพศหญิงในประเทศไทย" กลุ่มตัวอย่างต่อหญิงไทยที่มีอายุระหว่าง 36-45 ปี จำนวน 120 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล คือแบบสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ผลปรากฏว่า สาเหตุสำคัญของความวิตกกังวลนั้นเนื่องมาจากข้อขัดแย้งในครอบครัว และสถานภาพทางเศรษฐกิจด้วย เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นอาการที่แสดงออกมากที่สุด คือ นอนไม่หลับ ร้อยละ 21.6 ปวดศีรษะร้อยละ 18.9 อาการซึมเศร้า ร้อยละ 10.8 ปฏิกริยาของผู้ป่วยที่มีความคิดวิตกกังวลเจ็บปล้นร้อยละ 6.7 อาการหลงผิดคิดว่าตัวเองเจ็บป่วย ร้อยละ 5.4 อาการมีประจำเดือนไม่ตรงตามกำหนด ร้อยละ 1.3

Mc kinlay และคณะ [67] ศึกษาพบว่าคนที่ไม่ได้แต่งงานจะมีอัตราการเกิดอารมณ์เศร้า น้อยที่สุด ส่วนคนที่มีสถานภาพ หย่า ร้าง หม้าย จะมีอัตราการเกิดอารมณ์เศร้านมากที่สุด

Hunter และคณะศึกษา [80] พบว่าคนที่มียุทธภาพ โสด จะมีอัตราการเกิดอารมณ์เศร้าน้อยที่สุด

Lifeld [81] ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความซึมเศร้ากับสถานภาพสมรส โดยใช้ 29-item of psychiatry symptom ซึ่งนำมาเพียง 10 item สำหรับวัดความซึมเศร้าได้แก่ เบื่ออาหาร เหนงาสนใจสิ่งแวดลอมต่างๆ น้อยลง ขาดความสนใจทางเพศ มีความผิดปกติเรื่องการนอนหลับ รู้สึกอยากร้องไห้ รู้สึกเศร้า รู้สึกเซื่องซาลง สิ้นหวังเกี่ยวกับอนาคตและรู้สึกอยากตาย ซึ่งพบว่า อาการซึมเศร้านพบมากที่สุดใ้ผู้ที่ย่ำร้าง (ร้อยละ 27) และเป็นหม้าย (ร้อยละ 21)

Hopkinson [82] พบว่าในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าจากพันธุกรรม ร้อยละ 8.3 ในขณะที่ผู้ป่วยทั่วไปที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี มีความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าจากพันธุกรรมร้อยละ 20.1

Sundstrom และคณะ [83] ได้ทำการศึกษาถึงอัตราความชุกของ Psychiatric disorders ในผู้ป่วยนอกของแผนกนรีเวชเมื่อปี 2001 ที่ประเทศสวีเดน จำนวน 1,013 รายโดยใช้เครื่องมือ The Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) พบว่าอัตราความชุกของ Psychiatric disorders อยู่ที่ 30.5 % โดยแบ่งเป็นโรค Major Depressive Disorder 10.1 %, Minor depression 12.4 % และ Anxiety disorders 12.1 % (90)

Bixo และคณะ [84] ในปี 2001 ที่ประเทศสวีเดน ได้ศึกษาถึงอัตราความชุกของ Psychiatric disorders ในผู้ป่วยนอกของแผนกนรีเวช จำนวน 1,013 รายโดยใช้เครื่องมือ The Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) พบอัตราความชุกของ Depression 27.2 % และ พบอัตราความชุกของ Anxiety 12.1 % และพบว่าทั้งภาวะ Depression และ Anxiety ต่างสัมพันธ์กับอาการปวดท้อง ความถี่และความไม่ตรงตามนัดของการมาพบนรีแพทย์ การต้องรับไว้ในโรงพยาบาลแบบ acute care และมีอาการทางกายอื่น ๆ ใน PRIME-MD

ในปี 1992 Abiodun และคณะ [85] ได้ทำการศึกษาที่ประเทศไนจีเรีย ถึงอัตราความชุกของ Psychiatric disorders ในผู้ป่วยนอกของแผนกนรีเวช โดยใช้เครื่องมือ 30-item version of the General Health Questionnaire (GHQ-30) และ the Present State Examination (PSE) พบว่าอัตราความชุกของ Psychiatric disorders อยู่ที่ 35.2 % โดยแบ่งเป็น Depression 34.1 %, Anxiety disorders 24.4 % และ Adjustment reaction 25.7 %

จาก การศึกษาของ Wojnar และคณะในปี 2003 [86] ที่ประเทศโปแลนด์ พบว่ามีอัตราความชุกของภาวะ depression ในผู้ป่วยหญิงอายุ 45-55 ปี ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกนรีเวช จำนวน 2,262 ราย โดยใช้เครื่องมือ the Beck's Depression Inventory (BDI) และ the modified version of Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI) พบความชุกของ Depression ทั้งหมด 19 %

ในปี 2003 Chaaya และคณะ [87] ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางสรีระ และ psychological distress ในผู้ป่วยหญิงอายุ 18-49 ปี จำนวน 355 ราย ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกนรีเวชในกรุงเบสรู ประเทศเลบานอน โดยใช้เครื่องมือ the General Health Questionnaire (GHQ) พบว่า psychological distress นั้นสัมพันธ์กับการมาพบแพทย์ทางสูตินรีเวชด้วยอาการเฉพาะ มาตรวจติดตามหลังผ่าตัด มารับการใส่ห่วงคุมกำเนิด มากกว่าการมาพบนรีแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพทั่วไป นอกจากนี้พบว่า 50 % ของผู้ป่วยหญิงที่มีอาการปวดท้อง หรือเจ็บเต้านม มีอาการของ psychological distress ส่วนผู้ป่วยที่มาพบนรีแพทย์ด้วยเรื่องมีเลือดออกทางช่องคลอด และปัญหาที่มีบุตรยาก ไม่สัมพันธ์กับ ของ psychological distress

Lansky และคณะ [88] ในปี 1985 ได้ศึกษาถึงภาวะ depression ในผู้ป่วยหญิงอายุ 17-80 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง 505 ราย โดย 143 รายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับทางนรีเวช โดยใช้เครื่องมือได้แก่ Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), the Zung self-rating depression scale, the Karnofsky performance scale และ a 10-cm visual pain analogue line โดยพบคะแนนเฉลี่ยของ HAM-D = 10.2 และคะแนนเฉลี่ยของ the Zung self-rating depression scale = 35.5 โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการ depression นั้นสัมพันธ์กับอาการปวดที่มากขึ้น มีการรับรู้ถึง physical disability ที่มากขึ้น และเคยมี prior episode of depression

Golden และคณะ[89] ในปีได้ศึกษาถึงภาวะ depression ในผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช จำนวน 65 รายโดยใช้ Carroll Rating Scale for Depression (CRS) พบว่าสามารถใช้เป็นเครื่องมือวัดแบบ self-rating ได้ดี โดยมีค่า sensitivity เท่ากับ 87 % ค่า specificity เท่ากับ 58 % และค่า negative predictive value เท่ากับ 94 %

การศึกษาของ Fowler และคณะ [90] ในปี 2004 ได้ศึกษาถึงภาวะ depression และ Anxiety ในผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช จำนวน 151 ราย โดยใช้เครื่องมือ Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) และ Back Anxiety Inventory พบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการ depression 42 % ผู้ป่วยที่มีอาการ Anxiety 30 % โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส และมีอาการทางนรีเวชหลาย ๆ อาการ จะพบ depression และ Anxiety มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการดังกล่าว

การศึกษาของ Bodurka-Bever และคณะ[91] ในปี 2000 ได้ศึกษาถึงภาวะ depression และ Anxiety ในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ชนิด Epithelial Ovarian Cancer จำนวน 344 ราย โดยใช้เครื่องมือ Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) และ The State Anxiety Subscale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการ depression 21 % ผู้ป่วยที่มีอาการ Anxiety 29%

จาก การศึกษาของ Ell และคณะ[92] ในปี 2005 พบว่ามีภาวะ depression ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งทางนรีเวชรวม 472 ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการ moderate-severe depression 24 % (ซึ่งถือเป็น 17 % ของผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช) และพบผู้ป่วยที่เป็น major depressive disorder ถึง 12 % โดยในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดนี้ มีเพียง 5 % ที่ได้รับการรักษาเรื่อง depression นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในครั้งแรก มี functional impairment มาก มีความเป็นอยู่ทางสังคมและความเป็นอยู่ในครอบครัวไม่ดี มีภาวะ

Anxiety มีอาการ arthritis ร่วมด้วย และมีอาการ fear เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบภาวะ depression มากขึ้น

Mei-Chun Hsiao และคณะ[93] ในปี 2002 ได้ศึกษาถึงลักษณะของผู้ป่วยนรีเวช ในประเทศไต้หวันที่มาใช้บริการกับ mental health clinic ที่จัดไว้เป็นส่วนหนึ่งของแผนกผู้ป่วยนอกของแผนกนรีเวชโดยเฉพาะ จำนวน 136 รายในช่วง 6 เดือน โดยใช้เครื่องมือ the structured Mini-International Neuropsychiatry Interview (MINI) และ DSM-IV criteria for premenstrual dysphoric disorder (PMDD) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการ major depressive disorder ถึง 36 % ผู้ป่วยที่มีอาการ Generalized Anxiety Disorder 29.4 % ผู้ป่วยที่มีอาการ PMDD 16.2 % และผู้ป่วยที่มีอาการ Dysthymia 14.7 % โดยไม่พบความแตกต่างอย่างนัยสำคัญในแง่ การศึกษา อาชีพ ความเป็นอยู่ และ referral pattern ในทั้ง 4 กลุ่มที่กล่าวมา

การศึกษาของ Ewalds-Kvist และคณะ[94] ในปี 2005 ได้ศึกษาถึงภาวะ depression, anxiety และ hostility ในผู้ป่วยหญิงอายุระหว่าง 32-54 ปี จำนวน 65 รายที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก (hysterectomy) โดยใช้เครื่องมือ Beck's Depression Inventory, Taylor's Manifest Anxiety Scale (TMAS), the Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) และ Measurement of Masculinity-Femininity (MF) พบว่าผู้ป่วยหญิงที่สมรสแล้ว ยังไม่มีบุตร จะพบ depression หลังผ่าตัดได้มากขึ้น ส่วนผู้ป่วยหญิงที่มีอาการ anxiety หลังผ่าตัดสัมพันธ์กับ pre-surgery anxiety, back pain และ lack of dyspareunia ส่วน pre-surgery anxiety นั้นสัมพันธ์กับ life crises นอกจากนี้พบว่า pre และ post surgery hostility มักเกิดร่วมกับ poor sexual gratification ซึ่งโดยทั่วไปหลังผ่าตัดแล้วผู้ป่วยจะรายงานว่ามีความสุขทางร่างกายดีขึ้น แต่ quality of sexual relationship มักแย่ลง