

ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยถึงผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นกรอบแนวความคิด และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย มีรายละเอียดตามลำดับดังนี้ คือ

- ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - ชนิดของโรคความผิดปกติทางอารมณ์
 - ระบาดวิทยา
 - สาเหตุ
 - อาการ
 - หลักเกณฑ์การวินิจฉัย
 - การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค
 - การรักษา
- ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์
 - สาเหตุ
 - อาการ
 - การรักษา
- ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อหญิงตั้งครรภ์
- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์
- ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นชนิดหนึ่งของความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งมีประวัติในสังคมตะวันตกอันยาวนานมาตั้งแต่ 450 ปีก่อนคริสต์กาล สมัย Hippocrates ได้อธิบายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นความเจ็บป่วยที่ต้องการการรักษา (Mollica, 1989: 859) และใช้คำว่า "Melancholia" ซึ่งหมายถึงอารมณ์เศร้า (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533: 1) ต่อมาได้มีผู้อธิบายและให้ความหมายเกี่ยวกับความผิดปกติทางอารมณ์ไว้อีกหลายท่าน เช่น

ปี ค.ศ.1854 Jules P. Falret ได้รายงานถึง ผู้ป่วยหลายรายที่มีอาการซึมเศร้าและอาการครั่นครางเกิดขึ้นสลับกัน และเป็นๆหายๆอยู่ตลอดเวลา ได้ตั้งชื่อโรคนั้นไว้ว่า la folie circulaire

ปี ค.ศ.1859 Jules G.F. Baillager ใช้คำว่า folie a double forme ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง ร่วมกับมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลง

ปี ค.ศ.1882 Karl Ludwig Kahlbaum ได้นำคำว่า dysthymia มาใช้โดยหมายถึง melancholia ที่มีลักษณะเรื้อรัง และ cyclothymia หมายถึงอาการครั่นครางและอาการซึมเศร้าซึ่งเป็นขั้นตอนของโรคเดียวกัน

ปี ค.ศ.1856-1926 Emil Kraepelin ได้รวบรวมแนวความคิดของจิตแพทย์คนก่อนๆไว้และยังคงใช้คำว่า melancholia โดยหมายถึง ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าในวัยสูงอายุเท่านั้น ส่วนอารมณ์เศร้าในผู้ที่มีอายุน้อย เรียกว่า manic depressive illness ซึ่งจะต่างจาก dementia praecox ในเรื่องระยะเวลาของการดำเนินโรค เพศ จุดเริ่มอาการ สาเหตุ และอาการทางคลินิก และนอกจากนี้ยังใช้คำว่า manic-depressive psychosis สำหรับโรคที่มีลักษณะรุนแรง เกิดอาการกำเริบเป็นครั้งคราว ในระยะสงบจะมีอาการปกติ การพยากรณ์โรคดีแต่ไม่หายขาด ชื่อต่างๆเหล่านี้เป็นการแยกโรคที่ยังคงใช้มาจนถึงปัจจุบัน

ในศตวรรษที่ 20 Adolph Myer ได้ให้ข้อคิดเห็นไว้ว่า อารมณ์เศร้าเป็นปฏิกิริยาระหว่างกันของปัจจัยต่างๆ เช่น อายุที่เริ่มแสดงอาการ การดำเนินโรค พันธุกรรม สภาพของร่างกาย บุคลิกภาพและสิ่งแวดล้อม เมื่อผู้นั้นไม่สามารถปรับตัวได้ (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2533, เล่ม 2 : 384; วิจารณ์ วิชัยยะ: 2-3; Bell,

1985: 49)

ชนิดของความผิดปกติทางอารมณ์

ในปัจจุบัน ได้มีการจัดระบบในการจำแนกความผิดปกติของอารมณ์เป็น 2 ระบบคือ

1. Ninth International Classification of Disease (ICD-9) ขององค์การอนามัยโลก

2. Third Diagnostic and Statistical Manual of American Psychiatric Association-Revised (DSM-III-R)

ในที่นี้จะขออ้างถึงการจัดระบบของ DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987: 213-214; ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2533, เล่ม 2: 400-401) ซึ่งนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายและมีข้อดีคือ มีหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยซึ่งเป็นการตัดสินใจโรคด้วยอาการทางคลินิก และพยายามให้การวินิจฉัยอยู่บนพื้นฐานอาการที่ตรวจพบดังนี้ คือ

1. โรคความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดซึมเศร้า (Depressive Disorders) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ

1.1 โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major Depression) ซึ่งจะแบ่งชนิดย่อยออกเป็นชนิดเกิดครั้งเดียว (single episode) และชนิดเกิดซ้ำ (recurrent)

1.2 โรคซึมเศร้าเรื้อรัง หรือ โรคประสาทซึมเศร้า (Dysthymia หรือ Depressive Neurosis) แบ่งตามลักษณะเฉพาะของโรคออกเป็น ชนิดปฐมภูมิ (primary) หรือ ชนิดทุติยภูมิ (secondary) และชนิดที่เกิดก่อนอายุ 21 ปี (early onset) หรือ ชนิดที่เกิดหลังอายุ 21 ปี (late onset)

1.3 โรคความผิดปกติ ชนิดซึมเศร้า ที่ไม่จัดเข้ากับกลุ่มใดๆ (Depressive Disorder not otherwise specified) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติชนิดซึมเศร้าแต่ไม่เข้ากับ 2 กลุ่มแรก

2. โรคความผิดปกติทางอารมณ์ชนิด Bipolar (Bipolar Disorders) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ

2.1 โรคความผิดปกติชนิด Bipolar (Bipolar Disorder) ซึ่งแบ่งย่อยออกเป็นชนิดผสม(mixed) ชนิดคลุ้มคลั่ง(manic)และชนิดซึมเศร้า(depressed)

2.2 โรควัฏจักรอารมณ์ (Cyclothymia) ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของโรคความผิดปกติชนิด Bipolar แต่มีความรุนแรงน้อยกว่า

2.3 ความผิดปกติชนิด Bipolar ที่ไม่จัดเข้ากับกลุ่มใดๆ(Bipolar Disorder not otherwise specified)เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติชนิด Bipolar แต่ไม่เข้ากับ 2 กลุ่มแรก

ระบาดวิทยา

โรคความผิดปกติทางอารมณ์ โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ใหญ่ และเป็นสาเหตุทางจิตเวชที่ต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด ในต่างประเทศได้มีผู้เขียนถึง ระบาดวิทยาของโรคความผิดปกติทางอารมณ์ไว้หลายท่าน เช่น

Gaviria และ Flaherty (1988: 11) ได้เขียนถึงความชุกของโรคซึมเศร้ารุนแรง (Major depression) ในประชาชนของสหรัฐอเมริกาว่ามีร้อยละ 3-5 ในผู้ชายมีโอกาสเป็นโรคนี้อ้อยละ 3-12 และในผู้หญิงมีโอกาสเป็นร้อยละ 20-26

Bell (1985: 50) รายงานถึง การศึกษาในประชาชนกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษ ซึ่งพบว่ามีโอกาสเป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorders) ร้อยละ 0.6-25 แบ่งเป็นโรคความผิดปกติชนิด Bipolar ร้อยละ 0.6-2 และโรคซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 10-15 ส่วนอุบัติการณ์ของโรคความผิดปกติชนิด Bipolar พบในผู้ชายใกล้เคียงกับผู้หญิง และโรคซึมเศร้ารุนแรงพบในผู้หญิงเป็นสองเท่าของผู้ชาย

Reus (1988: 337, 342) ได้สรุปถึง การศึกษาในหลายๆประเทศว่าประชาชนโดยทั่วไปมีโอกาสเป็นโรคความผิดปกติชนิด Bipolar ร้อยละ 1-2 ในแฝดไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twins) มีโอกาสเป็นโรคนี้อ้อยละ 65 และแฝดไข่คนละใบ (dizygotic twins) มีโอกาสเป็นร้อยละ 15 ส่วนโรคซึมเศร้ารุนแรงพบว่ามี

อัตราความชุกร้อยละ 9-20 แบ่งเป็นพบในผู้ชายร้อยละ 3 และในผู้หญิงร้อยละ 4-9 ในช่วงชีวิตของผู้ชายมีโอกาสเป็นร้อยละ 8-12 และผู้หญิงมีโอกาสเป็นร้อยละ 20-26 ประมาณร้อยละ 10-12 ของผู้ที่เคยเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงอย่างเฉียบพลัน กลายเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรังในระยะเวลาต่อมา และเกือบร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ป่วยนานกว่า 1 เดือนคิดฆ่าตัวตาย

Kaplan และ Sadock (1988: 289) ได้บรรยายไว้ว่าในช่วงชีวิตของผู้ชายมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าชนิดชั่วคราวร้อยละ 10 และผู้หญิงมีโอกาสเป็นโรคนี้ร้อยละ 20 ส่วนโรคความผิดปกติชนิด Bipolar นั้น ผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสเป็นเท่ากันคือร้อยละ 1

Mollica (1989: 863) ได้รายงานเกี่ยวกับอัตราความชุกของโรคซึมเศร้ารุนแรงในสหรัฐอเมริกาว่ามีร้อยละ 3-6.4 ในผู้ชายพบร้อยละ 1.7-4.7 และในผู้หญิงพบร้อยละ 4.1-6.9 ส่วนอุบัติการณ์ของโรคนี้พบว่า มีตั้งแต่ 1.8 ต่อ 1,000 รายต่อปีถึง 4.5 ต่อ 1,000 รายต่อปี

จากการศึกษาระบาดวิทยาดังกล่าวมาแล้วข้างต้น จะสังเกตเห็นได้ว่าผู้หญิงป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 2:1 ถึง 3:1 ซึ่งมีนักการศึกษาหลายท่านได้ให้เหตุผลไว้ว่า ผู้หญิงอาจจะแสดงอารมณ์ออกได้มากกว่าผู้ชาย ผู้หญิงมักไปพบแพทย์มากกว่าผู้ชาย และมีเหตุผลอื่นที่อาจเป็นไปได้คือผู้หญิงต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดที่ต่างไปจากผู้ชาย เช่น การทำงานบ้าน ดูแลครอบครัว การทำงานนอกบ้าน การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในภาวะต่างๆ การคลอดบุตร เป็นต้น ในขณะที่ผู้ชายมักจะมีปัญหาของการติดสุรา การแสดงความก้าวร้าว และการทำผิดกฎหมายสูงกว่าผู้หญิง ดังนั้นจริงๆ แล้วอัตราการเกิดโรคนี้ในผู้หญิงและผู้ชายอาจจะไม่แตกต่างกันซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องทำการศึกษาต่อไป สำหรับการศึกษาระบาดวิทยาของโรคความผิดปกติทางอารมณ์ในประเทศไทยนั้นยังไม่มีสถิติที่แน่นอน

สาเหตุ

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่จากการศึกษาและวิจัยกันอย่างจริงจังในต่างประเทศในช่วงหลาย 10 ปีที่ผ่านมาทำให้เชื่อได้ว่า โรคนี้น่าจะมีสาเหตุร่วมกัน (Multifactorial factors) คือ แบ่งเป็นสาเหตุที่เกิดจากปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และทางสังคมสภาพแวดล้อม (Bio-psycho-social factors) ตามลำดับดังนี้คือ

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) แบ่งเป็น

1.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetics) จะพบอยู่เสมอว่าผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางอารมณ์มักมีประวัติครอบครัวญาติพี่น้องเจ็บป่วยในลักษณะเดียวกัน เชื่อกันว่าโรคความผิดปกติชนิด Bipolar สามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้มากกว่าโรควิถีเศร้าชนิดขั้วเดียว ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคความผิดปกติชนิด Bipolar มีพ่อหรือแม่อย่างน้อยคนใดคนหนึ่งเป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นโรควิถีเศร้าชนิดขั้วเดียว และถ้าพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งเป็นโรคความผิดปกติชนิด Bipolar ลูกก็จะมีโอกาสเป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ได้ร้อยละ 27 ถ้าทั้งพ่อและแม่เป็นโรคนั้นลูกจะมีโอกาสเป็นมากขึ้นร้อยละ 50-75 และจากการศึกษาในฝาแฝดทำให้เชื่อได้ว่าโรคความผิดปกติทางอารมณ์เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ ในคู่แฝดไข่ใบเดียวกันที่คนหนึ่งมีความผิดปกติทางอารมณ์จะพบว่าคู่แฝดอีกคนหนึ่งมีโอกาสที่จะมีความผิดปกติทางอารมณ์ร้อยละ 65 แต่ในคู่แฝดไข่คนละใบจะพบเพียงร้อยละ 15 นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาลักษณะของยีน (gene) ในผู้ป่วยโรคความผิดปกติชนิด Bipolar พบว่ามี dominant gene อยู่ที่แขนข้างสั้นของโครโมโซม (chromosome) ที่ 11 ซึ่งยีนตัวนี้มีส่วนเกี่ยวข้องในการควบคุม Tyrosine hydroxylase ซึ่งเป็นเอนไซม์ (enzyme) ที่ช่วยในการสังเคราะห์ Catecholamines (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533: 25,70; Kaplan และ Sadock, 1988: 290-291)

1.2 Biogenic amines ที่สำคัญคือ norepinephrine และ serotonin ซึ่งเป็นสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ถ้าสารสื่อประสาททั้งสองตัวลดต่ำลงจะทำให้มีอาการเศร้าเกิดขึ้น และในทางตรงกันข้าม ถ้ามีเพิ่มขึ้นก็จะทำให้เกิดอารมณ์ตื่นเต้นสับสนนอนกรนเคร่ง

1.3 สารเคมีอื่นๆของระบบประสาทเช่น ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงบางรายพบว่ามี dopamine ลดลง ความสมดุลของ acetylcholine-adrenergic มีการเปลี่ยนแปลง monoamine oxidase (MAO) และ catecho-o-methyl transferase (COMT) ซึ่งเป็นเอนไซม์สำคัญในเมตาบอลิซึม (metabolism) ของ monoamine พบว่ามีระดับต่ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Reus, 1988: 342-343)

1.4 Neuroendocrine พบว่า มีความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อในสมองที่ limbic-hypothalamic-pituitary-adrenal (LHPA) ผู้ป่วยอารมณ์เศร้านรุนแรงพบว่าการหลั่ง cortisol จาก adrenal cortex เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงในการควบคุมระดับของ growth hormone, prolactin, luteinizing hormone และ testosterone ส่วน hypothalamic-pituitary-thyroid (HPT) ก็มีความผิดปกติเช่นเดียวกัน โดยพบว่าการตอบสนองของ thyroid stimulating hormone (TSH) ต่อ thyroid-releasing hormone (TRH) ลดลง (ไพร์ตัน พฤษชาติศุภานกร, 2533, เล่ม 2: 387-388; Reus: 342-343)

1.5 Physical stresses อารมณ์เศร้านมักจะเกิดขึ้นภายหลังที่ร่างกายมี viral infection และ bacterial infection นอกจากนี้ endocrine factors ก็มีส่วนอย่างมากต่อการเกิดอารมณ์เศร้านในผู้หญิง เช่น ในระยะก่อนมีประจำเดือนบางรายจะมีอารมณ์ตึงเครียดและเศร้าน ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอารมณ์ตึงเครียด หงุดหงิดง่ายและมีอารมณ์เศร้านอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่างๆในร่างกาย หญิงวัยหมดประจำเดือนมักจะมีอาการ menopausal syndrome คือ มีอาการนอนไม่หลับ มีอารมณ์ตึงเครียด วิตกกังวลร่วมกับมีอารมณ์เศร้าน การสูญเสียอวัยวะที่สำคัญเนื่องมาจากการผ่าตัดและความเจ็บป่วยอื่นๆก็ทำให้เกิดอารมณ์เศร้านตามมาภายหลังได้ (วิจารณ์วิชัยยะ, 2533: 34-35; Akiskal และ Mckinney, 1982: 85)

2. ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors) แบ่งเป็น

2.1 เหตุการณ์ในชีวิต และ ความตึงเครียดจากสภาพแวดล้อม (Life events and environmental stresses) จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตกับการเกิดอารมณ์เศร้าน พบว่าเหตุการณ์ในชีวิตมีบทบาทสำคัญต่อ

การเกิดอารมณ์เศร้า เช่น เหตุการณ์การสูญเสียพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูก่อนอายุ 11 ปี การสูญเสียคู่ชีวิต เป็นต้น ดังนั้นความตึงเครียด หรือความกดดันที่เกิดขึ้นอาจจะเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันรุนแรงหรือเรื้อรังมานานก็ได้

2.2 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ ก่อนการเกิดโรค (Premorbid personality factor) พวกที่มีบุคลิกภาพชนิดพึ่งพา (oral-dependent) ชนิดย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive) และ ชนิดฮีสทีเรีย (hysterical personality) มีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าบุคลิกภาพแบบอื่น

2.3 ปัจจัยด้านจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic factors) มีจิตแพทย์และนักจิตวิทยาหลายท่านได้ให้แนวคิดด้านจิตวิเคราะห์ เกี่ยวกับการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าไว้แตกต่างกันดังนี้คือ

Freud ได้อธิบายถึง การเกิดโรคซึมเศร้าจากทฤษฎีโครงสร้าง (Structural theory) ของเขาไว้ว่า เมื่อมีการสูญเสียสิ่งที่ตนเองมีความรู้สึกทั้งรักและเกลียด (ambivalently loved object) ไป ความรู้สึกโกรธแค้น ในสิ่งที่สูญเสียไปจึงหันกลับเข้าหาตนเอง (aggression-turned-inward, introjection) อีโก้ (ego) ไม่แข็งแรงกลับอยู่ในภาวะหมดหนทาง (helplessness) ความภาคภูมิใจในตนเองลดน้อยลง เกิดเป็นอาการซึมเศร้าได้

Karl Abraham ได้ให้แนวคิดไว้ว่า การสูญเสียสิ่งที่ตนรัก (libidinal object) ทำให้อีโก้ไม่ทำหน้าที่ตามปกติและถดถอยกลับไปสู่ระยะ oral sadistic ที่เคยได้รับความสะเทือนใจ และมีการตรึงแน่น (fixation) มาก่อนในวัยเด็กตอนแรก (earliest childhood)

Aaron Beck อธิบายถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าในแนวทฤษฎีการรู้ (Cognitive theories) ว่าเกิดจากการมีวงจรรูปทิวของการรับรู้ 3 ประการ (Cognitive triad) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินตนเองในทางลบ คิดว่าตนเองไม่ได้ไร้ค่า มองโลกในแง่ร้ายและรู้สึกหมดหวัง เป็นการเรียนรู้ในประสบการณ์ชีวิตอย่างไม่ถูกต้อง



Jonh Bowlby เชื่อในความรักและความผูกพันระหว่าง มารดา และทารก ถ้าทารกถูกจับแยกออกจากมารดาตั้งแต่แรก และเมื่อถูกแยกออกจากมารดา หรือผู้เลี้ยงดูมาเป็นเวลานานระยะหนึ่ง เด็กจะมีปฏิกิริยาต่อภาวะนี้ โดยแสดงอาการ ซึมเศร้า หดห้วง อาการนี้จะเกิดต่อเนื่องมาและเป็นผลต่อชีวิตของเด็กเมื่อโตขึ้น

Adolf Meyer เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาของบุคคลต่อ ประสบการณ์ชีวิตที่ไม่ราบรื่น เช่น การสูญเสียสิ่งที่รัก การว่างงาน หรือ ความเจ็บป่วย เป็นต้น

Karen Horney เชื่อว่าเด็กที่ถูกปฏิเสธจากพ่อแม่จะมีความรู้สึก ว่าตนเองโดดเดี่ยวและไม่ปลอดภัย เด็กต้องการที่จะถูกรักแต่กลัวการถูกตำหนิ และถูก ปฏิเสธ ดังนั้นเด็กจะไวต่อความรู้สึกสิ้นหวังและเกิดอาการซึมเศร้า

Bibring ได้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมี narcissistic injury และอีโก้ตกอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถไปถึงจุดหมาย (ego ideal) ได้ คือ ความปรารถนาที่จะมีคุณค่าและถูกรัก ความพยายามเพื่อให้ได้มาซึ่งความมั่นคง ความเป็นหนึ่งและความทะเยอทะยานในสิ่งต่างๆ ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหนทาง ช่วย เหลือตนเองไม่ได้และสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง

และนอกจากนี้ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theories) ยัง ได้อธิบายถึง ภาวะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ที่เกิดจากการเรียนรู้ (Learned helplessness) โดยการทดลองในสัตว์ที่ถูกช็อคด้วยไฟฟ้าซ้ำๆและไม่สามารถหนีได้ สัตว์ก็จะยอม จ้านต่อสภาพนั้นและไม่พยายามที่จะหนีอีก ภาวะการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นเช่นเดียวกันในผู้ป่วย ซึมเศร้าเมื่อตนเองไม่สามารถควบคุมตัวกระตุ้นที่ไม่ชอบหรือไม่พอใจได้เช่น ความเจ็บป่วย เมื่อเกิดขึ้นซ้ำๆกันก็จะไม่พยายามหนี แม้เมื่อโอกาสหรือสถานการณ์ดีขึ้นแล้วก็ตาม นอกจากนั้นการขาดแรงเสริมในทางบวกเช่น ความสุข ความพอใจ คำชมเชย ความสำเร็จ เป็นต้น จะทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเองและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Akiskal และ Mckinney, 1982: 73-78; Silber, 1989: 891; Kaplan และ Sadock, 1988: 291; Reus, 1988: 343-344)

อาการ

อาการของภาวะซึมเศร้าหรืออารมณ์เศร้าที่แสดงออกนั้นมีหลายรูปแบบ ตั้งแต่มีความแปรปรวนของอารมณ์เพียงเล็กน้อยซึ่งมักพบได้เสมอในคนปกติโดยทั่วไป จนถึงคนที่ป่วยเป็นโรคที่แสดงอาการทางกาย (vegetative symptoms) ได้แก่ อาการกระวนกระวาย การเคลื่อนไหวช้า น้ำหนักลด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และจากสิ่งที่ผู้ป่วยบอก เช่น การตำหนิตนเอง ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้อารมณ์ และหมกมุ่นอยู่กับการคิดฆ่าตัวตาย

ในคนที่เป็โรคซึมเศร้า มักจะมีระยะของความผิดปกติทางอารมณ์นาน และมีความรุนแรงสูง Gaviria และ Flaherty (1988: 14-15) ได้บรรยายแบบสั้นๆ และเข้าใจง่ายเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยแบ่งออกเป็น

1. ด้านอารมณ์ (Emotional) จะมีอารมณ์เศร้า มีความรู้สึกหม่นหมองหรือจมอยู่ในกองทุกข์ ในบางคนมีความกังวลและหงุดหงิดง่าย
2. ด้านจิตใจ (Psychological) มักจะมีความรู้สึกผิด (guilt) อยู่ในใจ คิดว่าตนเองไร้ค่า (worthlessness) สิ้นหวัง (hopelessness) รู้สึกหมดหนทาง (helplessness) ซบตำหนิตนเอง ร้องไห้และไม่มีความสามารถที่จะทำได้มาซึ่งความพอใจหรือความสุขเหมือนคนอื่นเช่น จากการทำงานการมีงานอดิเรก การมีกิจกรรมทางเพศ เป็นต้น
3. ด้านร่างกาย (Somatic) ไม่อยากรับประทานอาหาร บางครั้งรับประทานอาหารไม่ได้หรือรับประทานได้น้อย มีนอสรายที่รับประทานอาหารได้มากกว่าเดิมและมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอน (sleep abnormality) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณ 2 ใน 3 พบว่ามีการลดลงของช่วงเวลาจาก เมื่อเริ่มนอนจนเข้าสู่ระยะ REM (Rapid Eye Movement) ครั้งแรก (REM latency) และ REM ในช่วงแรกจะยาวขึ้น ผู้ป่วยมักตื่นแต่เช้าและตื่นบ่อยในตอนกลางคืน (Kaplan และ Sadock, 1988: 290) ที่สามารถเห็นได้ชัดคือ มีการเคลื่อนไหวช้า พูดช้า ความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง แต่มีบางรายที่มีอาการอยู่ไม่นิ่ง กระวนกระวายเดินไปมา บิดข้อมือ วิดกกังวล และสับสนหรือมากขึ้น มีความรู้สึกเหมือนร่างกายขาดพลังซึ่งผันแปรไป

ตามเวลา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงจะรู้สึกไม่มีพลังและจิตใจหดหู่ในตอนเช้าและจะมีพลังมากขึ้นหรือมีจิตใจดีขึ้นในตอนบ่ายหรือตอนเย็น นอกจากนี้ก็ยังมีอาการท้องผูก และความต้องการทางเพศลดลง

4. ด้านการรู้ (Cognitive) มีความสนใจสั้นและแคบ ตัดสินใจช้า บางครั้งไม่สามารถตัดสินใจได้เอง ชอบย่ำคิดในเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้วหรือปัญหาของตนเอง มีความจำลดลงและมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงมักคิดว่าตนเองป่วยไม่สบายมีโรคทางกาย

5. ด้านสังคม (Social) มักแยกตัวออกจากสังคม มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ชอบเก็บตัว ในรายที่มีความผิดปกติมากๆ จะทำให้ไม่สามารถทำงานได้หรืออยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ตามปกติ

หลักเกณฑ์การวินิจฉัย

ในที่นี้จะขอนำหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้ารุนแรงของ DSM-III-R ซึ่งเขียนโดย ไพรัตน์ พงษ์ชาติคุณากร (2533: 392) ไว้ว่า

1. มีอย่างน้อย 5 อาการ ดังต่อไปนี้ โดยมีช่วงเวลาซึ่งเกิดอาการนานกว่า 2 สัปดาห์ และมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานจากเดิม ต้องมีข้อใดข้อหนึ่งของอาการต่อไปนี้ I มีอารมณ์เศร้า หรือ II หมดความสนใจหรือยินดี (ต้องไม่ได้เกิดจากภาวะร่างกาย ความหลงผิด หรือประสาทหลอนที่ไม่สอดคล้องกับอารมณ์ การใช้ประโยชน์หรือวลีในการพูดหรือความคิดที่ไม่สัมพันธ์กัน)

1.1 อารมณ์ซึมเศร้า (หรือเป็นอารมณ์หงุดหงิดในวัยเด็กหรือวัยรุ่นก็ได้) ซึ่งเป็นเกือบทั้งวันและแทบทุกวัน โดยผู้ป่วยรู้สึกเอง หรือจากการสังเกตของผู้อื่น

1.2 มีการลดลงของความสนใจ และความยินดีอย่างมาก ในทุกกิจกรรมหรือเกือบทุกกิจกรรม ซึ่งเป็นเกือบทั้งวันและเป็นแทบทุกวัน (ผู้ป่วยรู้สึกเอง หรือจากการสังเกตของผู้อื่นว่าผู้ป่วยมีความเฉื่อยชาอยู่เกือบตลอดเวลา)

1.3 มีน้ำหนักลดหรือเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญ โดยมิได้มีการควบคุมด้านโภชนาการ (เช่น น้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 5 ในเวลา 1 เดือน) หรือมีความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นอยู่เกือบทุกวัน (ในเด็กจะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นไม่ถึงที่คาดหมายไว้ว่าควรจะเป็น)

1.4 นอนไม่หลับหรือหลับมากเกือบทุกวัน

1.5 มีความกระวนกระวายหรือข้องใจในเรื่องของจิตใจและการเคลื่อนไหว (ไม่เพียงแต่เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวาย หรือข้องใจ แต่ต้องสังเกตได้จากผู้อื่น)

1.6 มีความเหนื่อยล้าหรือไม่มีพลังซึ่งเป็นเกือบทุกวัน

1.7 มีความรู้สึกไร้ค่า หรือละอายใจมากเกินไป หรือไม่เหมาะสม (อาจถึงขั้นเป็นการหลงผิด) ซึ่งเป็นเกือบทุกวัน (ไม่ใช่การดูแลตนเอง หรือละอายใจต่อการที่ตนเองต้องเจ็บป่วยครั้งนี้)

1.8 ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง หรือตัดสินใจไม่ได้ ซึ่งเป็นอยู่เกือบทุกวัน (เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสังเกตเองหรือผู้อื่นสังเกตเห็นได้)

1.9 มีความคิดที่จะตายอยู่บ่อยๆ (ไม่ใช่ความกลัวตาย) มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายบ่อยๆโดยมิได้มีการวางแผนที่แน่นอน มีการพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีการวางแผนที่แน่นอนเพื่อให้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

หมายเหตุ "กลุ่มอาการซึมเศร้ารุนแรง" นิยามตามเกณฑ์ของข้อ 1

2. 2.1 ไม่สามารถหาได้ว่าสาเหตุทางร่างกายใดที่ทำให้เริ่มเป็นโรคหรือคงสภาพความผิดปกติ

2.2 ความผิดปกติต้องไม่ใช่ปฏิกิริยาต่างๆไปของผู้ที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (uncomplicated bereavement)

หมายเหตุ ถ้าผู้ป่วยมีความโศกเศร้าเนื่องจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักที่มีการหมกมุ่นอยู่กับความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มีความคิดฆ่าตัวตาย มีความข้องใจของภาวะจิตใจและการเคลื่อนไหวอย่างมาก หรือมีระยะยาวนาน ถือว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนของระยะ

ซึมเศร้ารุนแรง

3. ช่วงเวลาที่มีความผิดปกติจะไม่พบอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนเป็นเวลานานถึง 2 สัปดาห์ โดยไม่มีอาการทางอารมณ์ชัดเจน (เช่น ก่อนที่จะมีอาการของอารมณ์หรือหลังจากที่อาการทางอารมณ์หายไปแล้ว จะไม่พบอาการหลงผิดหรือประสาทหลอน)

4. ไม่ได้เกิดซ้อนทับโรคจิตเภท โรคจิตเภทที่มีอาการน้อยกว่าหกเดือน โรคจิตหลงผิด หรือโรคจิตซึ่งไม่จัดเข้ากับกลุ่มใด

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major depression) เกิดได้กับคนทุกอายุแม้ในเด็ก มีรูปแบบของอาการที่เริ่มเป็น (onset) แตกต่างกันไป อาจเป็นหลังจากมีความตึงเครียดรุนแรง (severe stress) มีอาการและอาการแสดงจากเป็นวันถึงเป็นสัปดาห์ อาการนำก่อนการเกิดโรคที่พบได้บ่อย คือ วิตกกังวล มีความตึงเครียด มีปฏิกิริยาของความกลัว (phobic reactions) และมีปัญหาการนอนหลับ ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ กลายเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง และในผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางอารมณ์ชนิด Bipolar จะมีโอกาสกลับมาเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงที่ไม่ได้รับการรักษาโดยเฉลี่ยมักเป็นมานานกว่า 6-13 เดือน ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมาเป็นได้อีกภายใน 4-6 เดือนหลังป่วยครั้งแรกประมาณร้อยละ 50-85 และการกลับมาเป็นอีกจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง ปัจจัยที่เกี่ยวกับการกลับเป็นอีกขึ้นอยู่กับระยะของโรคที่เป็น ความบกพร่องในการกลับเข้าไปอยู่ในสังคมของผู้ป่วยแม้อาการดีขึ้นแล้ว และการขาดความร่วมมือในการรักษา บางคนที่อยู่ในระยะซึมเศร้าสามารถทำงานได้ตามปกติ แต่ในบางรายที่มีอาการรุนแรงมากๆจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ในเรื่องของการกินยา การหาเลี้ยงชีพและดูแลครอบครัว แม้ความรับผิดชอบในหน้าที่การงานก็ทำไม่สำเร็จ มีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีบางรายที่คิดทำร้ายคนอื่นแต่พบน้อย เหล่านี้เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตราย การพยากรณ์โรคจะดีในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 50 มีสุขภาพจิตดีขึ้นอีก

ครึ่ง มีร้อยละ 30 ที่มีความผิดปกติบางส่วนเหลืออยู่ และร้อยละ 20 มีความผิดปกติมาก ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นมักมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้บ่อยขึ้นและนานขึ้น อาจมีอาการซึมเศร้าประมาณ 5-6 ครั้งในเวลา 20 ปี (Bell, 1985: 56; Gaviria และ Flaherty, 1988: 13; Kaplan และ Sadock, 1988: 295-296)

การรักษา

ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษา จะต้องผ่านการประเมินจากประวัติในอดีตและปัจจุบันเกี่ยวกับพัฒนาการในวัยเด็ก ครอบครัว การเรียน การทำงาน การเจ็บป่วย ฯลฯ การตรวจสภาพจิต การตรวจร่างกาย และการพิจารณาโรคที่จำเป็น เพื่อให้ได้มาซึ่งการวินิจฉัยที่ถูกต้องและได้รับการรักษาที่เหมาะสม การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปัจจุบันจะต้องครอบคลุมทุกด้าน คือ Bio-psycho-social ดังรายละเอียดต่อไปนี้ คือ

1. การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization) ในกรณีตัดสินใจรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ที่สำคัญต้องคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ คือ

- 1.1 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือฆาตกรรมผู้อื่น
- 1.2 ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้น้อยลงไปเรื่อยๆ เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลที่อยู่อาศัยหรือเสื้อผ้า และการแต่งตัว เป็นต้น
- 1.3 เพื่อการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง และ ให้การรักษาที่เหมาะสม

แก่ผู้ป่วย

- 1.4 ผู้ป่วยที่มีประวัติของการดำเนินโรคเร็ว ครอบครัวและสังคมไม่สามารถที่จะให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้
- 1.5 รับผู้ป่วยไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลตามคำสั่งของศาล
- 1.6 ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคทางกายร่วมด้วย และต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด (ไพร์ตัน พฤษชาติคุณากร, 2533, เล่ม 2: 412; Kaplan และ Sadock: 301; Schwartz, 1988: 39)

2. การรักษาทางด้านร่างกาย (Somatic treatments) แบ่งออกเป็น

2.1 การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy) ในการรักษาอาการซึมเศร้าที่ใช้คือ ยาด้านอารมณ์เศร้า (antidepressants) และยาที่ถูกนำมาใช้บ่อย คือ ยาด้านอารมณ์เศร้าชนิดไตรไซคลิก (tricyclic antidepressants) ได้แก่ Imipramine (Tofranil, Surmonil), Dimetacrine (Istonil), Dibenzepine (Neodil), Clomipramine (Anafranil) เป็นต้น ยากลุ่มนี้สามารถให้ในผู้ป่วยซึมเศร้าได้ทุกรูปแบบ เพราะมีฤทธิ์ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแจ่มใสขึ้น (mood-elevating effect) มีฤทธิ์ในการกระตุ้นพฤติกรรม (behaviour-activating effect) สงบประสาท และลดความวิตกกังวล (sedative anxiolytic effect) ในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าอาจจะต้องให้ยาด้านอารมณ์เศราร่วมกับยาอื่น ๆ ซึ่งแล้วแต่สภาพของผู้ป่วย เช่น ยาด้านโรคจิต ยาคลายกังวล ยานอนหลับ และยาที่ใช้ในการรักษาโรคทางกาย นอกจากนี้ยังมียาด้านอารมณ์เศรากลุ่มอื่นอีก ได้แก่ ยากลุ่มยับยั้งโมโนอะมีนออกซิเดส (Monoamineoxidase inhibitors หรือ MAOIs); ยากลุ่มเตตราไซคลิก เช่น Maprotiline (Ludiomil), Mianserin (Tolvon); ยาด้านเศร่าอื่น ๆ ได้แก่ Fluoxetine hydrochloride (Prozac) การรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าด้วยยาจะได้ผลดีมากยิ่งขึ้นถ้ามีการทำจิตบำบัดร่วมด้วย (ไพรัตน์ พงษ์ชาติคุณากร, 2533, เล่ม 2: 413-440; วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533: 96-97)

2.2 การรักษาโดยการใช้อิเล็กโทรช็อก (Electroconvulsive therapy หรือ ECT) เป็นการรักษาที่ได้ผลเร็วและดีที่สุด โดยเฉพาะในผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย การทำช็อกไฟฟ้าจะช่วยให้อาการซึมเศร้าได้ง่ายและเร็ว ซึ่ง Janicak และ Comaty (1988: 28) ได้เขียนไว้ว่า ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศรารุนแรง การทำ ECT จะให้ผลดีกว่าการรักษาด้วยยา โดยมีสถิติยืนยันว่าประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยซึมเศรารุนแรงที่มีอาการดีขึ้นจากการรักษาด้วยยา ในขณะที่มีร้อยละ 75-80 มีอาการดีขึ้นจากการทำ ECT

3. การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatments) ได้แก่ การทำจิตบำบัด (psychotherapy) ซึ่งควรทำตั้งแต่ตอนแรก และทำร่วมไปกับการให้ยา การทำจิตบำบัดนั้นมีหลายแบบซึ่งต้องเลือกใช้ให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน สำหรับในผู้ป่วยซึมเศร้า การทำจิตบำบัดจะมุ่งเน้นที่ความนับถือตนเอง (self-esteem) ของผู้ป่วย รูปแบบของการทำจิตบำบัดมีหลายวิธีคือ

3.1 Supportive Psychotherapy โดยเน้นการให้ความมั่นใจ (reassurance) ว่าภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติที่สามารถรักษาให้หายได้ เพราะผู้ป่วยซึมเศร้ามักจะมีความรู้สึกสิ้นหวัง และหมดหนทาง (hopelessness and helplessness) ต่ำห็นตนเองและรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า

3.2 Interpersonal Therapy (IPT) เป็นการบำบัดระยะสั้น (short-term psychotherapy) ใช้ระยะเวลา 12-16 สัปดาห์ เน้นความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในชีวิตปัจจุบัน โดยถือว่าความขัดแย้งในอดีตจะแสดงออกมาในลักษณะของความสัมพันธ์ในปัจจุบัน มักจะทำในผู้ป่วยที่ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดทักษะในการเข้าสังคม หรือมีความคิดที่บิดเบือนไป (Kaplan และ Sadock, 1988: 303)

3.3 Cognitive Behavioral (CB) Therapy มีจุดมุ่งหมายที่จะลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการเกิดโรคซ้ำโดยมีวิธีการดังนี้ คือ

3.3.1 ชี้ให้เห็น และทดสอบความรู้ความเข้าใจของเขาในแง่ลบ

3.3.2 สร้างแนวทางเลือก และแบบแผนที่ยืดหยุ่นมากกว่าเดิม

3.3.3 ชักซ้อมความรู้ความเข้าใจ และการเกิดพฤติกรรมใหม่

จุดมุ่งหมายดังกล่าวข้างต้นเพื่อเปลี่ยนแนวทางที่ผู้ป่วยคิด และเพื่อลดกลุ่มอาการซึมเศร้า CB therapy เป็นการรักษาที่มีโครงสร้างและใช้ระยะเวลาสั้น ต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษาเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของการรักษา มุ่งสนใจปัญหาปัจจุบัน

ของผู้ป่วยและการแก้ปัญหา เป็นการรักษาแบบตัวต่อตัวระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา ควรใช้ ร่วมกับการรักษาด้วยยา CB therapy มีองค์ประกอบพื้นฐาน 3 อย่าง คือ

- Didactic aspects เป็นการเรียนรู้ถึงเหตุผล และกลวิธี ของการรักษา
- Cognitive techniques เป็นขั้นตอนการค้นหาความคิด อัตโนมติ (autonomic thoughts) ทดสอบความคิดนั้น ซึ่ง ให้เห็นถึงข้อสรุปที่เป็นมูลเหตุของปัญหาและวิเคราะห์ข้อสรุปที่ เป็นปัญหานั้นอย่างมีเหตุผล
- Behavioral techniques โดยการนำวิธีของพฤติกรรม บำบัดต่างๆมาใช้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การจัดทำตารางกิจกรรม การทำให้เกิดความพึงพอใจจาก การทำงาน (mastery and pleasure) การมอบหมาย งานให้ผู้ป่วยสามารถทำได้สำเร็จเป็นขั้นๆไป จากง่ายไปหา ยาก เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความมั่นใจ มีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีแรงจูงใจที่จะทำงานขั้นต่อไป (graded task assignment) ฯลฯ (Hirschfeld และ Shea, 1989: 939-941)

3.4 พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) พฤติกรรมบำบัด หลายวิธีใช้ได้ผลกับผู้ป่วยที่ซึมเศร้า มีเป้าหมายเพื่อที่จะเพิ่มปฏิกริยากับสิ่งแวดล้อมที่เป็น แรงเสริมในทางบวกให้บ่อยขึ้นและลดปฏิกริยาที่เป็นแรงเสริมในทางลบให้น้อยลง ทั้งนี้เพื่อ เพิ่มทักษะในการเข้าสังคม และมีความเชื่อว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยซึมเศร้าเป็น แนวทางที่ดีและได้ผลที่สุดในการเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกของเขา Hirschfeld และ Shea (1989:938) ได้เขียนถึงแนวทางหลักในการรักษามี 3 แนวทาง คือ self-control therapy, social learning therapy และ social skills training ซึ่งนำมาสรุปใช้ร่วมกันโดยมีกลวิธี คือ

3.4.1 โปรแกรมการรักษาจะต้องมีโครงสร้างและใช้ระยะเวลาสั้น

3.4.2 หลักของการให้แรงเสริม (reinforcement) เป็นกุญแจที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า

3.4.3 การเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นแนวทางที่ดีที่สุดที่จะลดภาวะซึมเศร้า

3.4.4 มุ่งสนใจที่การได้รับความสำเร็จตามเป้าหมาย และมองเห็นได้ชัดเจน

3.5 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) ใช้ในรายที่มีอาการซึมเศร้าแล้วก่อให้เกิดผลกระทบหรือความขัดแย้งในครอบครัว ได้แก่ เกิดภาวะติงเครียด เป็นภัยต่อชีวิตการแต่งงาน หรือต่อครอบครัว หรือใช้ในรายที่มีอาการซึมเศร่ายังคงอยู่หรือเป็นมากขึ้น เนื่องจากสภาพการสมรสหรือรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในครอบครัว โดยจะดูบทบาทของสมาชิกในครอบครัวทุกคนทั้งคนที่มีอาการซึมเศร้า และคนที่มีความสุขจิตปกติ และดูว่าอะไรเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยยังคงมีอาการซึมเศร้าอยู่ ตลอดจนให้ความรู้และอธิบายให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเข้าใจในตัวผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยก็สามารถที่จะอยู่ในครอบครัวและสังคมของเขาได้อย่างมีความสุข

การทำจิตบำบัดนั้นจะทำเป็นแบบกลุ่ม (group psychotherapy) หรือแบบบุคคล (individual psychotherapy) ก็ได้แล้วแต่ความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และไม่ว่าจะใช้แบบใดก็ตามต้องมีจุดมุ่งหมายในการส่งเสริมความนับถือตนเอง และการให้ความมั่นใจ

ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์

ดังที่ทราบกันแล้วว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทั่วไปและอาการของภาวะซึมเศร้าในแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกัน การเกิดภาวะซึมเศร้าก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างเช่น พัฒนาการในวัยเด็ก บุคลิกภาพ สภาพของสังคม สิ่งแวดล้อมและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตของแต่ละคน ฯลฯ แต่ในด้านความแตกต่างทางเพศนั้นได้มีการ

ศึกษาและรวบรวมสถิติพบว่าภาวะซึมเศร้าเกิดในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้หญิงอยู่ในวัยเจริญพันธุ์จะมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ชาย ได้มีผู้สรุปและให้เหตุผลไว้หลายประการที่อธิบายว่าผู้หญิงมีจุดอ่อน และง่ายต่อการเกิดภาวะซึมเศร่าดังนี้ คือ

Parry (1989: 216) อธิบายไว้ว่า หญิงวัยเจริญพันธุ์จะต้องประสบ กับภาวะต่างๆ เช่น การกินยาคุมกำเนิด (oral contraception) ซึ่งมีส่วนทำให้ผู้หญิงเกิดภาวะซึมเศร้าได้ กลุ่มอาการก่อนมีรอบเดือน (premenstrual syndromes) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ร่วมด้วย และส่วนใหญ่มักจะพบว่าเป็น premenstrual depression ระยะตั้งครภ์ ระยะหลังคลอด และวัยหมดประจำเดือน (menopause) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย จากการทำหน้าที่ของระบบสืบพันธุ์สตรีเหล่านี้ ทำให้ผู้หญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

Notman (1989: 229-230) ได้อธิบายสรุปแนวจิตวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพัฒนาการของสตรีและบุคลิกภาพไว้ดังต่อไปนี้ คือ

1. ผู้หญิงมีความแตกต่างจากผู้ชายเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลิกภาพในส่วนที่เกิดจากขบวนการ separation-individuation และ differentiation ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างที่เกิดขึ้นเฉพาะในพัฒนาการของสตรี ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดความแตกต่างในเรื่องของการมีความผูกพัน และการมีความวิตกกังวลเมื่อมีการสูญเสียความรักและสิ่งที่ยึดเหนี่ยวไป
2. ตามปกติผู้หญิงจะมีลักษณะโดยธรรมชาติของการมีความรับผิดชอบ และหรือในขณะเดียวกันก็ต้องพึ่งพาคนอื่น จะมีความวิตกกังวลมากเมื่อสูญเสียความรัก ซึ่งสิ่งนี้มีความสำคัญและมีผลต่อความนับถือตนเอง (self-esteem)
3. ความก้าวร้าวที่ค่อนข้างพัฒนาอยู่ในตัวสตรี ส่วนหนึ่งเกิดจากอิทธิพลของชนบทรรมนิยมประเพณีของสังคมที่มักจะกำหนดว่าผู้หญิงต้องอดทน ไม่ต่อสู้และเป็นผู้ที่ช่วยตนเองไม่ได้

4. จากเหตุผลในข้อ 2 และ 3 ทำให้สตรีมีการพัฒนา Ego ideal ว่าตนเองต้องเสียสละอดทนและทำเพื่อคนอื่น การลดค่าในตัวเองของผู้หญิงก็มีส่วนสนับสนุนด้วย

5. ปัญหาที่เกิดจากการลอกเลียนแบบ (Identification) กับบุคคลที่มักลดค่าตนเองต่อการเป็นผู้หญิง เป็นมารดา ซึ่งบางครั้งก็พบว่าเคยมีอาการซึมเศร้า

6. บทบาททางเพศและเงื่อนไขต่างๆที่ถูกกำหนดไว้ สนับสนุนให้ผู้หญิงมีความรู้สึกว่าตนเองนั้นด้อยค่า ไม่เป็นตัวของตัวเองและช่วยตัวเองไม่ได้ รวมถึงการถูกจำกัดโอกาสต่างๆที่ควรจะมีอีกด้วย

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นนับได้ว่าเป็นปัจจัยทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ พัฒนาการตามวัยของสตรี ฮอร์โมนเพศ บทบาททางเพศ และบุคลิกภาพ ซึ่งเกิดร่วมกับปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตโดยเฉพาะเหตุการณ์ที่ท้าวายจิตใจ จึงทำให้ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

และการเปลี่ยนแปลงอย่างหนึ่งที่สำคัญของผู้หญิงคือ การแต่งงานมีครอบครัวและการมีบุตร ซึ่งเป็นพัฒนาการอย่างหนึ่งของครอบครัวที่จะต้องมีผู้สืบสกุล และให้การอบรมเลี้ยงดู ให้ความรักและความอบอุ่น ดังนั้นการตั้งครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงดูบุตรจึงเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งของหญิงที่มีครอบครัวแล้ว ประสบการณ์ก่อให้เกิดได้ทั้งปัญหาและความพึงพอใจ โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ที่เป็นครั้งแรก โดยธรรมชาติของการตั้งครรภ์นั้นทำให้เกิดความตึงเครียดแก่ผู้ที่ตั้งครรภ์อยู่แล้ว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้ที่ตั้งครรภ์ต้องมีการปรับตัวอย่างมาก ซึ่งการปรับตัวต่อการตั้งครรภ์และการเตรียมพร้อมที่จะเป็นมารดาให้ผ่านไปด้วยดีนั้นต้องอาศัยปัจจัยที่จำเป็นต่างๆมาช่วยเหลือสนับสนุน เช่น การได้รับความช่วยเหลือและการให้กำลังใจจากสามี มารดา ญาติพี่น้อง และเพื่อนๆ การได้รับความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอดและการมีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์คือ

1. ทางด้านร่างกาย ได้แก่ มีการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง น้ำหนักเพิ่มขึ้น เต้านมขยายใหญ่ขึ้น ผิวหนังมีสีคล้ำ คันผิวหนัง เหนื่อยง่ายอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน

มีการขยายตัวของมดลูกและอวัยวะเชิงกราน ปวดหลัง ท้องผูก เป็นตะคริว ในบางรายมีเส้นเลือดชอดและมีตกขาว อาการต่างๆเหล่านี้ทำให้เกิดความไม่สบายทางกาย

2. ทางด้านจิตใจ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากความไม่สบายทางกาย และการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจนั้น มีระดับการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันไปตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรงจนมีผลกระทบต่อการจัดตั้งครรภ์ขึ้นอยู่กับทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์เป็นความต้องการของคู่สมรสหรือไม่ วุฒิภาวะ และบุคลิกภาพของผู้ตั้งครรภ์ การเรียนรู้ และประสบการณ์ การได้รับความช่วยเหลือจากสังคม สัมพันธภาพที่มีต่อสามีและบิดามารดาโดยเฉพาะมารดา ตลอดจนความเชื่อถือในโศคลงต่างๆ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ อาจเป็นได้ทั้งผลจากการตั้งครรภ์ และเป็นเหตุให้เกิดความผิดปกติในขณะตั้งครรภ์ได้เช่นเดียวกัน หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ที่ต้องการตั้งครรภ์มักจะมีความรู้สึกพึงพอใจมีความสุขร่วมไปกับมีความสุข สบาย มั่นใจ เครียดและวิตกกังวลกลัว การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ หงุดหงิด โหม่งง่าย บางครั้งโกรธโดยไม่มีเหตุผล อ่อนไหวง่าย ต้องการคนเอาใจ แต่การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะเกิดเป็นช่วงสั้นๆและจะดีขึ้นเมื่อสามารถปรับตัวได้ ความวิตกกังวลกลัวนี้มีหลายอย่างเช่น กลัวเกี่ยวกับการคลอด กลัวเสียรูปร่าง กลัวทารกในครรภ์จะเป็นอันตราย กลัวไม่ได้ลูกตามเพศที่ตนอยากได้ กลัวลูกพิการ กลัวไม่มีคนเอาใจ กลัวสามีนอกใจ กลัวเลี้ยงลูกไม่เป็น เป็นต้น

ซึ่งในปี พ.ศ.2521 ฝน แสงสิงแก้ว (วนุช สราญรมย์, 2531: 378) ได้แบ่งความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ออกเป็น 8 ประการคือ

1. นึกกังวลไปก่อนว่า การมีบุตรคือความลำบากด้วยประการต่างๆ ซึ่งบางครั้งอธิบายไม่ได้ เกรงว่าเด็กเกิดมาจะมีความพิการ
2. หวั่นเกรงไปว่าจะมีอันตรายในการคลอด
3. หวาดกังวลในเรื่องความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย กังวลว่าจะทำให้เกิดอันตรายต่างๆ
4. เรื่องการเงิน เกรงว่าเงินจะไม่พอใช้

5. หวาดกังวลในเรื่องครอบครัว สามี พ่อแม่ของสามีและญาติมิตร
6. หวาดกังวลในบางรายอื่นเกี่ยวกับลูกนอกกฎหมาย
7. การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบิดามารดายังไม่พึงประสงค์
8. วิตกกังวลต่อการจะเลี้ยงทารกต่อไปในอนาคต วิตกว่าถ้าบุตรไม่ดีจะทำ

อย่างไร

และเมื่อพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจตามปกติ ในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์แล้ว จะทำให้เข้าใจถึงพัฒนาการทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นควบคู่ไปกับพัฒนาการทางร่างกายในขณะตั้งครรภ์ดังที่ Hibbard (1988: 398-399) ได้อธิบายไว้ว่า

1. ระยะไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะมีลักษณะที่เด่นชัดคือ มีอารมณ์ไม่คงที่ ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และการยอมรับภาวะการตั้งครรภ์ มักจะมีความกังวลในสิ่งต่างๆ ทั้งที่เป็นจริง และสิ่งที่นึกคิดเอาเอง ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ สุขภาพของทารก ปฏิกริยาของสามีและญาติต่อการตั้งครรภ์ และกังวลเกี่ยวกับความสามารถในการทำงานหารายได้ เป็นต้น ความวิตกกังวลเหล่านี้อาจจะแสดงออกมาในรูปของความไม่พอใจ หรือไม่ยอมรับสามี ทศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไป มีอาการคลื่นไส้และอาเจียน

2. ระยะไตรมาสที่สองจะพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีแรงจูงใจและกลับมามีอารมณ์คงที่เพิ่มมากขึ้น จะสามารถปรับตัวได้ต่อบทบาทใหม่ สัญชาตญาณของความเป็นแม่จะแสดงออกมาให้เห็น และจะสละเวลาส่วนใหญ่เพื่อการเตรียมตัวสำหรับการคลอดและการเลี้ยงดูทารก

3. ระยะไตรมาสที่สาม น้ำหนักและขนาดของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด กิจกรรมต่างๆที่เคยทำจะสามารถทำได้น้อยลงร่วมกับมีความรู้สึกเฉื่อยชา ถึงแม้ว่าลักษณะอารมณ์ภายนอกของหญิงตั้งครรภ์จะดูสงบมากขึ้น แต่บ่อยครั้งจะพบว่ามี ความวิตกกังวลและความกลัวเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะเกี่ยวกับการคลอด

ส่วน Mayberry และคณะ (1986: 186) ได้ชี้จนถึง การเปลี่ยนแปลงของ อารมณ์และจิตใจในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์ไว้คล้ายๆกันว่า ในไตรมาสแรกมักจะพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล ในไตรมาสที่ 2 จะเริ่มปรับตัวได้ และในไตรมาสที่ 3 เป็นระยะที่มีความวิตกกังวล และในบางครั้งมีอาการซึมเศร้ากลับมาอีกซึ่งมักพบได้บ่อย

ความวิตกกังวลกลัวและหวาดระแวงในสิ่งต่างๆ ถ้ามีมากจนเกินปกติจะทำให้ ไม่สามารถปรับตัวและจิตใจได้ เกิดความไม่สมดุลทางร่างกาย อารมณ์และจิตใจ ทำให้เกิดปัญหาได้ เช่น มีอาการคลื่นไส้อาเจียนรุนแรง มีอาการคลื่นไส้อาเจียนตลอดการตั้งครรภ์ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ไม่สบายบ่อย เป็นต้น (เพ็ญศรี พิรัชสมบัติ, 2528: 15-21) ในรายที่แพ้ท้องมากๆจะรู้สึกหงุดหงิดรำคาญและรู้สึกทรมานมากจนบางคน รู้สึกเกลียดลูกก็มี บางครั้งก็มีอารมณ์ตั้งเครียดมาก มีอารมณ์เศร้าและเสียใจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ และบุคลิกภาพของทารกในครรภ์ทั้งสิ้น

3. ทางสังคม มีการเปลี่ยนแปลงในวิถีทางการดำเนินชีวิต บทบาทในครอบครัว และบทบาทที่เปลี่ยนไปทำให้มีการเปลี่ยนสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติหรือต้องลาออกจากงาน ในขณะที่เด็วกันก็มีความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้นในการเป็นมารดา เลี้ยงดูสมาชิกใหม่หรือสมาชิกที่เพิ่มขึ้น ต้องปรับความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาใหม่สำหรับบุตรที่จะเกิดมาในอนาคต ในบางรายมีความจำเป็นต้องทำงานเพื่อหารายได้จุนเจือครอบครัว จึงทำให้มีบทบาทและต้องรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น (วรณัฐ สราญรมย์, 2531: 377-381 และ Williams และ Booth, 1974: 53-59)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เกิดขึ้น ในระหว่างการตั้งครรภ์นั้น ถือได้ว่าเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ตั้งครรภ์ แต่ระดับของความเครียดที่เกิดขึ้นจะมีมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ดังที่

สุจิต สุวรรณชีพ (2532: 20-22) ได้เขียนถึงปัจจัยที่มีผลต่อระดับของความเครียดที่สำคัญคือ

1. ความรุนแรงของความกดดันหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ความสูญเสียที่ร้ายแรง
2. บุคลิกภาพของแต่ละคน เช่น ผู้ที่รู้จักควบคุมอารมณ์ตนเอง มั่นใจในตนเอง กล้าได้กล้าเสีย รู้จักมองการณ์ไกล ยืดหยุ่นได้ มีอารมณ์ขัน ฯลฯ จะมีความเครียดไม่มาก
3. ประสบการณ์ในการเผชิญปัญหา และความสามารถในการแก้ปัญหา
4. การประเมินความสำคัญของปัญหา ถึงแม้จะเป็นเรื่องรุนแรง แต่คิดว่ามีความสำคัญต่อตนไม่มากนัก หรือมีเจตคติในลักษณะที่มองเห็นปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของตนเอง ระดับของความเครียดก็จะไม่สูง
5. ความช่วยเหลือจากภายนอก หากรู้สึกว่าถึงแม้จะมีภัย ก็จะได้รับความช่วยเหลือ ความเครียดถึงจะมีแต่ก็ไม่มาก

ดังนั้นถ้าหญิงตั้งครรภ์มีปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มาก รวมไปถึงภาวะการตั้งครรภ์เช่น เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง มีปัญหาบุคลิกภาพ มีประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์และการคลอด มีเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจขึ้นในชีวิต เป็นต้น จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความกดดันและมีระดับความเครียดเพิ่มขึ้นหรือรุนแรงขึ้น ซึ่งผลกระทบของความเครียดในระดับรุนแรงนั้น อาจทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหรือซึมเศร้า หรือถึงกับวิกลจริต ไม่รับรู้ความเป็นจริง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และถ้ามีความเครียดในระยะยาวอาจทำให้เกิดโรคทางกายได้หลายโรค เช่น โรคหัวใจ โรคกระเพาะอาหารและโรคอื่นๆ อีกมาก

การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจนั้น ส่วนใหญ่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่หญิงตั้งครรภ์มักไม่รู้สึกรู้ตัว และเช่นเดียวกันเมื่อมีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มักจะไม่ทราบว่าเป็นตัวเองกำลังมีอาการซึมเศร้า จะทราบได้จากปฏิกิริยาของคนรอบข้าง เช่น สามี ญาติพี่น้อง และเพื่อนๆ และจากการที่อารมณ์มีส่วนสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา จะ

แสดงออกเป็นพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งจะมีผลต่อการตั้งครรภ์และทารก ในต่างประเทศจึงได้มีผู้สนใจและทำการศึกษาไว้มากมายโดยเฉพาะเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ ได้มีการศึกษาอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับอัตราความชุก อุบัติการณ์ สาเหตุ ผลของภาวะซึมเศร้าที่มีต่อพฤติกรรมในขณะตั้งครรภ์และต่อผลที่เกิดจากการตั้งครรภ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ในปี ค.ศ.1964 Paffenbarger ได้ทำการศึกษาอัตราการรับผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ และระยะ 6 เดือนหลังคลอด ไว้ครั้งแรกใน American Mental Hospital และพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยเป็นโรคจิตครั้งแรกมี 5 คนต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน ส่วนผู้ป่วยในระยะหลังคลอดพบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นเป็น 19 คนต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน และในปี ค.ศ.1971 Dalton ได้รายงานถึงการศึกษาหญิงตั้งครรภ์จำนวน 500 คนโดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้ามีร้อยละ 37 (Oppenheim, 1985: 93-94)

ปี ค.ศ.1983 Cutrona ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ศึกษาหญิงตั้งครรภ์ในระยะไตรมาสที่ 3 จำนวน 85 คน และติดตามไปจนหลังคลอด 8 สัปดาห์ โดยใช้เกณฑ์ของ DSM-III ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ในระยะไตรมาสที่ 3 ที่มีภาวะซึมเศร้ามีร้อยละ 3.5 ในระยะหลังคลอด 2 และ 8 สัปดาห์พบว่ามีภาวะซึมเศร้ามีจำนวนร้อยละ 4.7 และ 3.5 ตามลำดับ ต่อมาในปี ค.ศ.1984 Kumar และ Robson ในประเทศอังกฤษได้ศึกษาหญิงตั้งครรภ์จำนวน 119 คน โดยติดตามตั้งแต่ตั้งครรภ์ในระยะไตรมาสแรกไปจนถึง 1 ปีหลังคลอด ใช้เกณฑ์ของ Research Diagnostic Criteria (RDC) และได้รายงานว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะไตรมาสที่ 1, 2 และ 3 มีร้อยละ 13.4, 7.6 และ 6.3 ตามลำดับ ส่วนในระยะ 3, 6 และ 12 เดือนหลังคลอด พบว่ามีภาวะซึมเศร้ามีร้อยละ 14.9, 11.2 และ 6.5 ตามลำดับ และในปีเดียวกันนี้ Watson และคณะ ประเทศอังกฤษพบว่าในหญิงตั้งครรภ์จำนวน 128 คน คนที่มีภาวะซึมเศร้ามีร้อยละ 9.4 ตลอดระยะการตั้งครรภ์ และ 6 สัปดาห์หลังคลอด พบว่ามีร้อยละ 12 โดยใช้เกณฑ์ของ ICD-9 ในการจำแนกผู้ป่วย (O'Hara และ Zekoski, 1988: 28)

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างกันในอัตราของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้า แต่สิ่งที่สังเกตได้คือภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์และต่อเนื่องไปจนถึงระยะหลังคลอด ซึ่งในแต่ละระยะจะพบอัตราที่แตกต่างกันเช่นเดียวกัน ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงมีแนวโน้มและมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในระยะใดระยะหนึ่งของการตั้งครรภ์ หรือตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์และหลังคลอด ถึงแม้ว่าภาวะซึมเศร้าอาจเกิดได้กับทุกคน แต่โอกาสที่หญิงตั้งครรภ์จะเกิดภาวะซึมเศร้านั้นมีมากกว่า ดังที่ Cox ได้ทำการศึกษาในปี ค.ศ.1976 โดยศึกษาเปรียบเทียบหญิงตั้งครรภ์จำนวน 89 คนกับหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ซึ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 89 คน และพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีอัตราการเกิดปัญหาทางจิตเป็นสองเท่าของหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ซึ่งเป็นกลุ่มควบคุมคือ ร้อยละ 25.9 ต่อร้อยละ 12.4 ซึ่งก่อนหน้านี้ในปี ค.ศ.1971 Rees และ Lukins ได้ทำการศึกษาโดยใช้เครื่องมือของ Beck Depression Inventory และกำหนดว่าคนที่ได้คะแนนเท่ากับ 10 คะแนนหรือมากกว่า เป็นคนที่มีอาการอย่างน้อยอยู่ในระดับ mild depression และพบว่าในกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นหญิงไม่ได้ตั้งครรภ์จำนวน 24 คนคนที่มีภาวะซึมเศร้ามี่ร้อยละ 12.5 เมื่อเทียบกับหญิงที่กำลังตั้งครรภ์จำนวน 47 คนที่พบว่าร้อยละ 34 และกับหญิงหลังคลอด 3 และ 12 เดือน จำนวน 67 คน พบว่ามีร้อยละ 30 (O'Hara และ Zekoski, 1988: 33)

จากสถิติดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าหญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์เป็น 2 เท่า

สาเหตุ

อาจกล่าวได้ว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์นั้นมีหลายสาเหตุเหมือนสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในบุคคลทั่วไป คือ ครอบคลุมทั้ง Bio-psycho-social แต่จะเพิ่มเติมรายละเอียดในสาเหตุบางส่วนที่เกิดเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ ดังนี้คือ

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) ที่เกี่ยวกับ Biogenic amines สำหรับในหญิงตั้งครรภ์นั้นพบว่า มีความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึมของ tryptophan ซึ่งเป็น neurotransmitter precursors ของ serotonin ดังที่

Kaplan (1983: 26-27) ได้เขียนถึงความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึมของ tryptophan ในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในเมตาบอลิซึมของ serotonin ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ว่ามี 2 แบบคือ

1. เนื่องจากในขณะตั้งครรภ์จะมีระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen hormone) เพิ่มขึ้น ทำให้มีการนำเอา tryptophan oxygenase มาใช้ เหตุการณ์เช่นนี้จะเกิดในหญิงตั้งครรภ์ทุกคน

2. ความต้องการ pyridoxine (vitamin B₆) ของทารกทำให้เกิดการขาด vitamin B₆ ในมารดา เป็นผลทำให้เมตาบอลิซึมของ tryptophan ซึ่งต้องอาศัย vitamin B₆ หายคั้งกกลง ในขณะที่เดียวกันระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนก็เพิ่มขึ้นและเมตาบอลิซึมของ tryptophan ก็เพิ่มขึ้น ทำให้ความต้องการ vitamin B₆ ก็เพิ่มขึ้นด้วย

จากสองเหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้น ทำให้สรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงในเมตาบอลิซึมของ tryptophan เป็นพื้นฐานทางชีวภาพอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ ส่วนความผิดปกติอย่างอื่นทางด้านชีวภาพนั้น O'Hara และ Zekoski (1988: 42) ได้เขียนถึง การมี dysregulation ในระบบ HPAC (hypothalamic-pituitary-adrenocorticoid) ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย โดยในหญิงตั้งครรภ์จะพบว่ามีระดับของ unbound cortisol สูง โดยเฉพาะในระยะหลังของการตั้งครรภ์ และมักพบว่ามี การเพิ่มขึ้นของ plasma cortisol ซึ่งเกิดจากการเพิ่มขึ้นของ CBG (corticosteroid binding globulin) นั้นเอง

และสาเหตุด้าน physical stress นั้น การตั้งครรถ์นับได้ว่าเป็น physical stress อย่างหนึ่ง เพราะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเช่น estrogen, progesterone, thyroid hormone, glucocorticoid hormone เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดความไม่สบายทางกายได้แก่ การเพิ่มของ blood volume มีผลทำให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อสูบฉีดโลหิตมากขึ้น การมีระดับ thyroid hormone ในโลหิตเพิ่มสูงขึ้นจะทำให้รู้สึกเหนื่อยง่าย มีชีพจรเร็วขึ้นกว่าก่อนตั้งครรถ์ การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะจะพบว่ามีอาการช่วยใหญ่ขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลมาจาก progesterone ร่วมกับผลจากการกดทับของมดลูก การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหารที่เป็นผลมาจากฮอร์โมนจากรก และผลจากการกดทับของมดลูกที่ช่วยขนาดขึ้น ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น หรืออยากรับประทานอาหารแปลกใหม่ มีเหงื่อออกเสหรือฟินผู่่าย ลำไส้ทุกส่วนทำงานน้อยลงซึ่งเป็นผลมาจาก progesterone กรดในกระเพาะลดลง ท้องอืดและท้องผูกบ่อยขึ้น เป็นต้น (สมศักดิ์ สุกส์นารุณี และ ประจักษ์ จันทรธีรภิตติ, 2531:187-205)

2. ปัจจัยทางจิต-สังคม (Psychosocial factors) ซึ่งประกอบด้วยพื้นฐานการได้รับการอบรมเลี้ยงดูในระยะ 5 ขวบปีแรก บุคลิกภาพ เหตุการณ์สะเทือนใจต่างๆ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม การย้ายถิ่นฐานที่อยู่อาศัย และการได้รับผลกระทบจากสภาพแวดล้อม สิ่งเหล่านี้มักจะดำเนินไปด้วยกันในชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล ซึ่งถ้าเป็นไปในทางที่ไม่ดีหรือมีปัญหา กลายเป็นสภาพที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดทางจิตใจ (psychological stresses) คือ มีความไม่พอใจไม่สมหวัง และทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล เมื่ออยู่ในสภาพนั้นบ่อยๆหรือนานๆโดยไม่สามารถต่อสู้หรือแก้ปัญหาได้ ก็อาจจะทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายท้อถอย ขาดความเชื่อมั่นและสูญเสียความนับถือตนเองไป ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ สำหรับหญิงตั้งครรถ์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกลไกทางสังคมและสิ่งแวดล้อมย่อมได้รับผลกระทบเช่นเดียวกัน แต่ผลกระทบจะแตกต่างจากบุคคลทั่วไปคือ

2.1 ผลต่อทัศนคติในการตั้งครรภ์ สิ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบ ต่อทัศนคติของมารดาในการตั้งครรภ์ได้แก่ สภาพของการสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะกับมารดา หรือครอบครัว ของสามี สัมพันธภาพและทัศนคติที่มีต่อสามี รวมถึงประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับการ ตั้งครรภ์และการคลอด การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีมาก่อน เช่น มีโรคแทรกซ้อนต่างๆในขณะ ตั้งครรภ์และคลอด การได้รับความรู้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ไม่ถูกต้องหรือไม่เคยได้รับความรู้มาก่อน สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความกังวลกลัวไม่แน่ใจ ไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์และไม่ต้องการที่จะตั้งครรภ์ได้ หรือรู้สึกไม่มีความสุขในการตั้งครรภ์ ใน บางรายอาจคิดทำแท้งได้

2.2 ผลต่อบทบาทในการเป็นมารดาและบทบาทอื่นๆ โดย ปกติผู้หญิงมีบทบาทหน้าที่ในครอบครัวหลายประการ ได้แก่ การเป็นภรรยา เป็นแม่บ้าน ใน บางรายต้องทำงานนอกบ้านเพื่อช่วยหารายได้จุนเจือครอบครัว จากการทำหน้าที่หลาย บทบาทซึ่งบางอย่างก็ทำให้เกิดความขัดแย้งและความไม่สบายใจ เนื่องจากไม่มีความเป็น อิสระและเป็นตัวของตัวเองเท่าที่ควร สิ่งที่สังคมคาดหวังว่าเพศหญิงควรทำอะไรบ้าง ซึ่ง บางครั้งทำให้ตกอยู่ในภาวะที่จำยอมและเสียเปรียบ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือได้น้อย ต้องพึ่งพาอาศัยคนอื่น แต่ในสภาพสังคมปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้หญิงต้องมียุทธศาสตร์ เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความสับสน ความเครียดและความวิตกกังวลได้ง่าย เมื่อมีการ ตั้งครรภ์เกิดขึ้น ทำให้บทบาทหน้าที่เดิมมีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะถ้าเป็นการตั้งครรภ์ ครั้งแรก ต้องเตรียมตนเองเพื่อรับบทบาทในการเป็นมารดา ในบางรายอาจต้องงดหรือ ลดการทำงานนอกบ้านแต่ในบางรายอาจต้องทำงานเพิ่มมากขึ้น การปรับความสัมพันธ์กับ สามีหรือสมาชิกในครอบครัวเพื่อเตรียมรับสมาชิกใหม่ ซึ่งการเตรียมตัวของหญิงตั้งครรภ์ ต่อทารกที่เกิดใหม่นั้น

ในปี ค.ศ. 1971 Macdonald (มณีรัตน์ ภาคชูป, 2526: 25-26) ได้เขียนไว้ว่าเมื่อหญิงตั้งครรภ์และรู้สึกว่ากรมืดเป็นเรื่องที่น่าอึดอัด หญิงตั้งครรภ์ควรมีการเตรียมตัวต่อบุตรที่เกิิดใหม่ดังนี้คือ

1. จัดเตรียมสิ่งของไว้สำหรับเด็กที่จะเกิดมา
2. พัฒนารูปแบบค่าใช้จ่ายของครอบครัว
3. พัฒนารูปแบบการดำรงชีวิตของสมาชิกในครอบครัว
4. ปรับตัวต่อความสัมพันธ์ทางเพศกับสามี
5. รู้จักปรับอารมณ์ให้เหมาะสม
6. ปรับตัวต่อความสัมพันธ์กับเพื่อน สนใจต่อการเคลื่อนไหวของชุมชนและต่อการตั้งครรภ์
7. สนใจหาความรู้และการวางแผนเกี่ยวกับเด็ก และการเป็นผู้ปกครอง

การเตรียมพร้อม และการให้ความระมัดระวังต่อการเกิดของเด็กตั้งแต่ในระชยะตั้งครรภ์ ถือว่าเป็นพื้นฐานในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาต่อบุตรในระชยะหลังคลอดต่อไป

ดังนั้นถ้าหญิงตั้งครรภ์ ไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาและบทบาทอื่นๆไปพร้อมๆกันได้จะเกิดความรู้สึกขัดแย้งสับสน ไม่นั่นใจในบทบาทของตนเอง เกิดความวิตกกังวลและความเครียดสูง ทำให้มีปัญหาสุขภาพจิต และสามารถนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ดังที่ Kaplan (1983: 30) ได้เขียนไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิิดในหญิงตั้งครรภ์นั้นเป็นผลมาจากบทบาทในสังคมของหญิงตั้งครรภ์ และมีสาเหตุส่งเสริมจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ที่เนื่องมาจากระบบต่อมไร้ท่อในสมอง (endocrinological system) ร่วมด้วย

2.3 การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคม (social support) เป็นแบบหนึ่งของการประคับประคองทางด้านจิตใจ (psychological support) ที่หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับจากสามี เพื่อน ญาติพี่น้อง และบุคคลหรือหน่วยงาน

ที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ ตามความหมายที่ Kahn และ Antonucci (สคูวาร์ตน์ สุวารี่, 2531: 31) ได้เขียนไว้ว่า การสนับสนุนจากสังคม เป็นกระบวนการติดต่อสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่จะต้องประกอบด้วยปัจจัยอย่างน้อยหนึ่งอย่างดังต่อไปนี้

1. มีการแสดงออกถึง ความเกี่ยวพันกัน การชื่นชมยินดี การยอมรับและความรักซึ่งกันและกัน (Affect)
2. มีการยอมรับซึ่งกันและกัน (Affirmation) คือ การแสดงออกถึงการเห็นพ้องด้วย การยอมรับท่าทีหรือคำพูดของอีกฝ่าย
3. มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Aid) คือมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านสิ่งของ เงินทอง ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ เวลา และให้สิทธิด้วย

และในส่วนของหญิงตั้งครรภ์ Hibbard (1988: 398) ได้บรรยายเกี่ยวกับความช่วยเหลือสนับสนุนต่อการเป็นมารดาไว้ดังนี้คือ

1. มารดาของผู้ตั้งครรภ์ จะต้องเป็นผู้ที่คอยให้ความดูแลช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ สามารถเป็นที่พึ่งแก่ผู้ตั้งครรภ์ได้ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสบายใจ มั่นใจและลดความวิตกกังวล
2. สามีจะต้องเป็นผู้ที่อยู่เคียงข้างผู้ตั้งครรภ์อยู่เสมอ เพื่อคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจและให้ความมั่นใจแก่ผู้ตั้งครรภ์
3. ตัวของผู้ตั้งครรภ์เองจะต้องเรียนรู้ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไรต่อการตั้งครรภ์และการเป็นมารดาด้วยวิถีทางของตัวเอง
4. ผู้ตั้งครรภ์จะต้องมีความรู้สึกต่อทารกในครรภ์ว่า เป็นบุคคลคนหนึ่งที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ถ้าผู้ตั้งครรภ์มีหรือได้รับสิ่งเหล่านี้แล้ว ก็จะสามารถช่วยให้เกิดความมั่นใจ มีกำลังใจทำให้การปรับตัวต่อการตั้งครรภ์และการเป็นมารดาพัฒนาไปในทางที่ดีและในทางตรงกันข้ามถ้าหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับหรือขาดสิ่งเหล่านี้ จะทำให้เกิดมีความรู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกว่าต้องเผชิญกับปัญหาเพียงคนเดียว ขาดคนที่เข้าใจและเห็นใจ

ทำให้ขาดความมั่นคงทางจิตใจ เกิดความไม่แน่ใจ มีความวิตกกังวลและความเครียดตามมาและเมื่ออยู่ในสภาวะนั้นนานๆก็อาจจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ดังที่ Cobbs (1976: 300-314) ได้สรุปไว้เกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคมว่า เป็นสิ่งที่สามารถป้องกันบุคคลจากผลกระทบของภาวะเครียดทางจิตใจที่มีต่อการคลอดก่อนกำหนด ไปจนถึงความตาย โรคข้ออักเสบและวัณโรคไปจนถึงภาวะซึมเศร้า โรคพิษสุราเรื้อรัง นอกจากนี้ยังสามารถลดความต้องการใช้ยาของผู้ป่วย ช่วยให้โรคหายเร็วขึ้นและช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วย

จากสาเหตุดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า ขบวนการของการตั้งครรภ์นั้นเป็นกลไกที่เกิดขึ้นระหว่างร่างกาย จิตใจและสังคม การตั้งครรภ์เป็นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้นในองค์ประกอบของจิต-สังคม

อาการ

อาการของภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ จะมีลักษณะเหมือนกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดในบุคคลทั่วไปและระดับความรุนแรงของอาการก็อาจจะเป็นได้ตั้งแต่มีอาการเพียงเล็กน้อยไปจนถึงมีอาการมากจนเป็นอันตรายต่อสุขภาพร่างกายได้ แต่ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ที่เกี่ยวกับอาการทางร่างกายค่อนข้างแยกได้ยาก เนื่องจากอาการทางร่างกายบางอย่างในขณะตั้งครรภ์ มีความกำกวมและคล้ายกัน เช่น อาการเหนื่อยล้า การเคลื่อนไหวช้าลงเรื่อยๆ มีการเปลี่ยนแปลงในความอยากอาหาร มีความไม่สบายทางกายและมักจะกังวลเป็นห่วงกับอาการไม่สบายทางกายนั้น ดังนั้นการให้ความระมัดระวังและความสนใจเพิ่มเติมในการซักประวัติอย่างละเอียด ตลอดจนการสังเกต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องมาช่วยในการแยกหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้า หรือแยกหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือปัญหาทางอารมณ์ได้ง่ายขึ้น เช่น ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตภายในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยทางกายและจิตใจในอดีตจนถึงปัจจุบัน ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวที่มีผลต่อทัศนคติของหญิงตั้งครรภ์ วัฒนธรรมและพื้นฐานที่แตกต่างกันของคู่สมรส ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ความไวของผู้ให้การดูแลต่อความรู้สึก สีหน้า และปัญหาที่หญิงตั้งครรภ์อาจแสดงให้เห็น หรือระบายให้ฟังโดยตรงและโดยทางอ้อม คือ

ทางพฤติกรรม หญิงตั้งครรภ์อาจมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในระยะใดก็ได้ของการตั้งครรภ์ หรือเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ . แต่ก็เป็น การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ที่ถือได้ว่าเป็น ปัญหาสุขภาพจิต

ปี ค.ศ.1978 Spitzer, Endicott และ Robins (Kaplan, 1983: 24-258) ผู้พัฒนา Research Diagnostic Criteria ได้เขียนถึงการกำหนดอาการ ของความเศร้าโศก (sadness) หรืออารมณ์เป็นทุกข์ (dysphoric mood) ไว้ดังนี้ คือ ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดซึมเศร้ารุนแรงจะต้องมีอาการแสดงอย่างน้อย 5 อย่าง เป็น ระยะเวลาานาน 2 สัปดาห์จากอาการต่อไปนี้

1. มีการเปลี่ยนแปลงของความอยากอาหารหรือน้ำหนัก
2. มีการเปลี่ยนแปลงของระยะเวลาการนอนหลับ
3. ขาดพลัง
4. มีการเคลื่อนไหวน้อยลง
5. ไม่มีรู้สึกชื่นชมยินดีในกิจกรรมต่างๆที่ปกติเคยรู้สึกพอใจ
6. มีความรู้สึกผิดและมักตำหนิตนเอง
7. มีความลังเลไม่แน่ใจ ไม่กล้าตัดสินใจ และมีความลำบากในการรวบรวมสมาธิ
8. มีความคิดฆ่าตัวตาย

และความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดซึมเศร้าระดับไม่รุนแรง ซึ่งมักพบได้บ่อย จะต้องมีอาการแสดงอย่างน้อย 2 อย่างในอาการต่อไปนี้ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์หรืออย่างน้อย 1 สัปดาห์ คือ มักจะร้องไห้ (tearfulness) มองโลกในแง่ร้าย (pessimism) นั่งซึม (brooding) มีความรู้สึกของความไม่สมบูรณ์ (feelings of inadequacy) หงุดหงิดคนเจียว่าง่าย (irritability) เหวทนาตนเอง (self-pity) ต้องพึ่งพาอาศัยคนอื่น (dependency) และเป็นกังวลเกี่ยวกับร่างกายมากเกินไป

ส่วน Oppenheim (1985: 119-125) ได้แบ่งภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ ออกเป็น

1. Psychological depression เกิดจาก การมีปฏิกิริยาที่ผิดปกติอันยาวนานต่อเหตุการณ์ที่ไม่ชอบหรือเหตุการณ์ที่สะเทือนใจ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์มักจะระบายนัยให้ ฟังถึงความทุกข์และความเศร้า อารมณ์เศร้าจะเป็นลักษณะที่เห็นได้เด่นชัด หญิงตั้งครรภ์ จะแสดงให้เห็นรอบข้างเห็นโดยการมี พฤติกรรมแบบหุนหันพลันแล่น (impulsive behavior) การฆ่าหรือพยายามฆ่าตัวตายเป็นอาการที่เรียกร้องความช่วยเหลือ

2. Physiological depression ค่อนข้างจะพบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์ โดยมักจะแสดงอาการทางกายที่ไม่สามารถอธิบายได้คล้ายกับเป็นโรคทางกาย มักจะบ่ง ถึงความไม่สามารถที่จะจัดการสิ่งที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเองได้ คิดว่าตนเองไร้ ประโยชน์ ล้มเหลวในการทำหน้าที่เป็นภรรยาและเป็นมารดา อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ไปค่อนข้างรุนแรงและเกิดขึ้นนาน ผู้ป่วยอาจไม่แสดงอารมณ์ให้เห็น มีการเปลี่ยนแปลง ในกิจกรรมตามปกติเช่น เชื่องซึม ขาดความต้องการทางเพศ ไม่สนใจที่จะติดต่อกับ สังคมภายนอก เชื่องช้า แต่ในบางครั้งอาจจะพบว่าการแสดงท่าทางมากเกินไปหรือก่อ ความวุ่นวายเกิดขึ้นได้ ในความคิดของหญิงตั้งครรภ์ที่ซึมเศร้านั้นมักจะคิดว่าชีวิตของตนเอง ทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตเต็มไปด้วยอุปสรรค ชีวิตค่อนข้างมีดมน และมักคิดถึง แต่ความล้มเหลวของตนเอง มักหมกมุ่นอยู่กับความคิดที่ไม่น่ายินดี ทำให้ขาดความสนใจใน สิ่งต่างๆ และขาดสมาธิ มักมีความรู้สึกผิดและคิดว่าตนเองไร้ค่า อาการแสดงทางกาย ได้แก่ มักมีความรู้สึกแสบมากในตอนเช้าและรู้สึกดีขึ้นในตอนกลางวัน มีความผิดปกติในการ นอนเช่น ตื่นนอนแต่เช้า ตื่นนอนด้วยความเหน็ดเหนื่อยและเป็นทุกข์ ความดันต่ำ หัวใจ เต้นช้า อ่อนเพลีย การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงเป็นสาเหตุให้เกิดอาการท้องผูก ความอยากอาหารลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุของการมีน้ำหนักที่ไม่เหมาะสมและปากแห้ง นอกจากนี้อาจมีความแปรปรวนของชบวนการเมตาบอลิซึม ที่เกี่ยวข้องกับ electrolytes, cholesterol และ basal metabolic rate มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่เป็น สาเหตุทำให้ขาดความต้องการทางเพศ

การรักษา

การรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมีหลัก และวิธีการเช่นเดียวกับการรักษาโรคความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดซึมเศร้าในบุคคลทั่วไป แต่สิ่งที่สำคัญคือการให้ psychotherapy และการให้ความระมัดระวังในการให้ยาในระยะ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ และที่นอกเหนือไปจากการรักษาคือ การป้องกันหญิงตั้งครรภ์จากการเกิดภาวะซึมเศร้า หรือปัญหาสุขภาพจิตซึ่งทำได้โดยการให้ความรู้และคำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์สามีและญาติให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องต่อขบวนการการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นเมื่อมีการตั้งครรภ์ และการให้ความช่วยเหลืออย่างอื่นเช่น การให้คำปรึกษา หรือส่งปรึกษาสังคมสงเคราะห์ เมื่อหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีปัญหาทางด้านสังคมและจิตใจ หรือต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นการช่วยเหลือเกี่ยวกับการปรับสภาพแวดล้อม และลดหรือกำจัดปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า สิ่งเหล่านี้จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีกำลังใจ เกิดทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตร มีความมั่นใจและมีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความเข้มแข็งสามารถที่จะต่อสู้กับปัญหาและแสดงออกในทางที่เหมาะสม สามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นแม่ได้ดี เอาใจใส่ดูแลทะนุถนอมสุขภาพของตนเองและบุตรในครรภ์ได้อย่างถูกต้อง เป็นการเตรียมสุขภาพกายและจิตใจของมารดาให้สมบูรณ์ เพื่อคลอดทารกที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นการสนองวัตถุประสงค์อย่างหนึ่งของการดูแลสตรีระหว่างตั้งครรภ์ ดังที่

สมพล พงศ์ไทย และ อธิป สรวงสมบูรณ์ (2531: 95) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการดูแลสตรีระหว่างตั้งครรภ์ ควรประกอบด้วย

1. เพื่อยืนยันว่าสตรีนั้นตั้งครรภ์จริง
2. เพื่อวินิจฉัยความผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ และให้การแก้ไขดูแลรักษา
3. เพื่อการพยากรณ์ วินิจฉัย และ/หรือ ป้องกัน และ/หรือควบคุมรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆอันอาจเกิดระหว่างตั้งครรภ์

4. เตรียมตัวและจิตใจของสตรีตั้งครรภ์และสามี เพื่อเป็นมารดาและบิดาที่สมบูรณ์ของครอบครัว

และ สุจิต เฝ้าสวัสดิ์และคณะ (2525: 46) ก็ได้เขียนถึงวัตถุประสงค์ของการดูแลสตรีระหว่างตั้งครรภ์ไว้ว่า

1. เพื่อระวังรักษาสุขภาพของแม่ให้ดำเนินไปด้วยดีตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด และคลอดบุตรที่มีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์
2. ให้การวินิจฉัย ป้องกัน รักษาความผิดปกติ และภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ในระยะเริ่มแรก
3. ให้ความรู้แก่ผู้ตั้งครรภ์เกี่ยวกับ การปฏิบัติตนด้านสุขศาสตร์ โภชนาการ ตลอดจนถึงปัญหาด้านสังคม และจิตใจ ช่วยแนะนำให้ผู้ตั้งครรภ์ลดความกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด ตลอดจนการเลี้ยงเด็กแรกเกิด

นอกจากนี้ การประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายขณะตั้งครรภ์และทารกทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยการรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องทดลองหรือการตรวจพิเศษอื่น ๆ จะทำให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่วนการประเมินสภาพจิตใจนั้นต้องอาศัยเวลา การสังเกต ความไวของผู้ให้การดูแลต่อความรู้สึกและพฤติกรรม ตลอดจนการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อหญิงตั้งครรภ์ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นประโยชน์ต่อการให้ความช่วยเหลือ และเพื่อให้ได้รับความร่วมมือจากหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่ายนั้นได้แก่ หญิงตั้งครรภ์แรก หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ตั้งครรภ์นอกสมรส มีปัญหาครอบครัว ยังไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์โดยยังไม่ต้องการหรือไม่ได้วางแผนไว้ หญิงตั้งครรภ์ที่มีบุตรมาก ฐานะยากจน การศึกษาน้อยหรือไม่ได้รับการศึกษา เคยมีประวัติของการมีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์และคลอดมาก่อน มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว หรือหญิงตั้งครรภ์เคยมีประวัติเจ็บป่วยทางจิตมาก่อน เป็นต้น หญิงตั้งครรภ์เหล่านี้มักจะพบว่ามีความเครียด

และมีความวิตกกังวลสูง ไม่มีความสุขในการตั้งครรภ์ มีปัญหาในการเรียนรู้ การปรับตัว การปรับจิตใจและอารมณ์ รวมถึงการปฏิบัติตนตามบทบาทอีกด้วย ดังตัวอย่างของมารดาที่มีอายุน้อยซึ่ง

สุวัชย์ อินทรประเสริฐ (2531: 517) เขียนถึง สุขภาพจิตของมารดาที่มีอายุน้อยไว้ว่ายังมีการพัฒนาทางด้านจิตใจไม่ดีพอ ไม่สามารถขบปัญหาต่างๆในชีวิตได้ดี เมื่อตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจมากจะปรับตัวไม่ได้ ทำให้หงุดหงิดอารมณ์เสีย โกรธง่าย มีการทำร้ายร่างกายตนเองและบางรายถึงกับฆ่าตัวตาย และ Devorce (1990: 15-17) ได้เขียนเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเสี่ยงภัยสูงไว้ว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้จะมีความกลัวเกี่ยวกับการคลอด อันตรายที่จะเกิดกับทารก หรือกลัวความตายมากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ปกติ และการปรับตัวต่อความเครียดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ มักจะเป็นแบบ Neurotic, Psychotic หรือ Psychophysiologic ซึ่งจะก่อให้เกิดผลเสียต่อการตั้งครรภ์และการปรับตัวเพื่อรับบทบาทการเป็นมารดาด้วย ดังนั้น การประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงให้ได้ตั้งแต่เริ่มแรก และรีบวางแผนการให้ความช่วยเหลือดูแลรักษาที่เหมาะสม จะเป็นการป้องกันและลดผลกระทบของภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของมารดาและทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อหญิงตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของมารดา และสุขภาพจิตของมารดาก็จะมีผลต่อสุขภาพกายของตนเอง รวมทั้งมีผลต่อสุขภาพของทารกทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความวิตกกังวลกลัวและความเครียดในขณะตั้งครรภ์จะทำให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ และการปรับอารมณ์ มีอารมณ์อ่อนไหวและเปลี่ยนแปลงง่าย ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ของร่างกายของหญิงตั้งครรภ์เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของอัตรา การเต้นของหัวใจ มีการหดตัวของหลอดเลือดโดยทั่วไป มีการเปลี่ยนแปลงในการ เคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารหรือลำไส้ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อระบบการทำงานของ ฮอร์โมนอีกด้วย การเปลี่ยนแปลงนี้ถ้าเกิดขึ้นนานๆ จะทำให้เกิดโรคทางกาย หรือ

เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และคลอดได้ ย่อมมีผลกระทบกระเทือนเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์และต่อเนื่องไปจนทารกคลอดด้วยดังที่จะกล่าวต่อไปนี้คือ

1. เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์และคลอด ซึ่ง Norbeck และ Tilden (1983: 34) ได้ศึกษาพบว่า สภาพอารมณ์ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ คือ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการมีความเชื่อมั่นในตนเองน้อย ส่วนผลกระทบของอารมณ์ต่อการตั้งครรภ์และการคลอด Grimm (1961: 520) ได้บรรยายไว้ว่า ความไม่สบายใจหรือความตึงเครียดของหญิงตั้งครรภ์จะมีผลกระทบต่อสิ่งที่เกิดจากการตั้งครรภ์ จากการศึกษาในหลายๆครั้งพบว่าปัจจัยทางอารมณ์มีส่วนเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพต่างๆที่เกิดขึ้นเช่น การแท้งเป็นอาเจิม (Habitual abortion) มีการอาเจียนอย่างรุนแรงในขณะตั้งครรภ์ (hyperemesis gravidarum) เป็นต้น และระดับของความวิตกกังวลที่ไม่แน่นอนนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาในการคลอด และในปี ค.ศ. 1978 Wallace (อัมพร โอตระกูล และคณะ, 2531: 327) ได้เขียนไว้เช่นเดียวกันว่า อารมณ์เครียดของมารดามีส่วนสัมพันธ์กับการแท้งหรือการคลอดก่อนกำหนด โดยพบว่าแม่ที่แท้งลูกติดๆกันหลายครั้งหรือคลอดลูกก่อนกำหนด มักมีข้อขัดแย้งทางใจสูงกว่าแม่ที่ตั้งครรภ์ครบกำหนด มารดาที่มีความวิตกกังวลกลัวหรือซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ มีแนวโน้มที่จะพบปัญหาในการคลอดและคลอดยากมากกว่ามารดาที่ไม่มีปัญหาทางด้านจิตใจ (Lightfoot และคณะ, 1982: 345-350) จะเห็นได้ว่าปัญหาทางอารมณ์ในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์และการคลอดได้ เพราะอาการทางร่างกายและจิตใจมักจะเกิดร่วมกันและมีผลซึ่งกันและกัน ถ้ามีอารมณ์แปรปรวนมากเกินไปย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายมากกว่าที่ควร เหตุการณ์นี้ถ้าเป็นอยู่นานย่อมทำให้เกิดโรคทางกายได้และรวมถึงโรคทางจิตด้วย ดังที่ Cutrona (1983: 163) ศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าที่มีอาการตั้งแต่ต้นจนถึงระดับปานกลาง สามารถเกิดขึ้นได้ในระหว่างตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด 2-3 เดือนแรก แต่ถ้ามีอาการของภาวะซึมเศร้าที่ไม่รุนแรงคงอยู่ตลอด ก็อาจจะมีอาการมากขึ้นกลายเป็นโรคจิตหลังคลอด (Postpartum psychosis) ได้สูง ซึ่งพบว่ามีประมาณ 1-2 คนต่อผู้คลอด 1,000 คน และอาจจะมีอาการซึมเศร้าหลังคลอด (maternity blues) เกิดขึ้นชั่วคราว ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะ



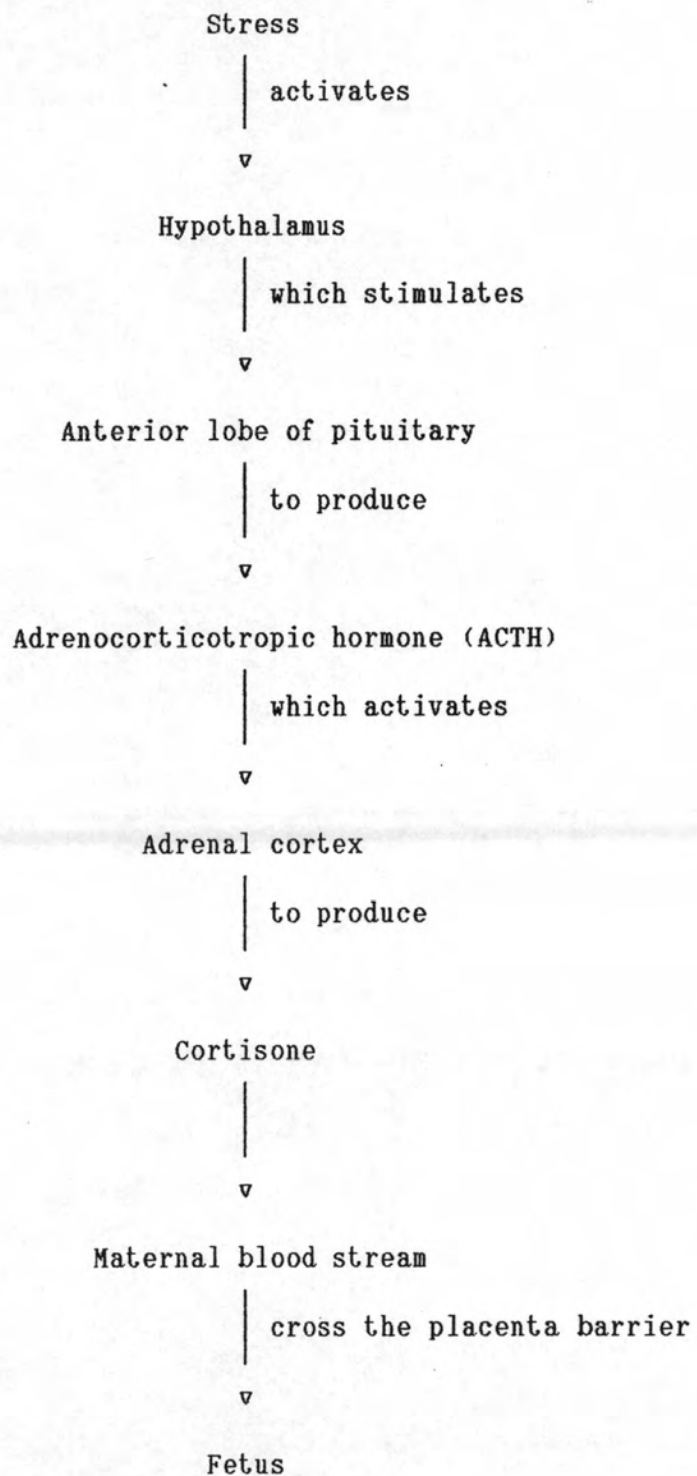
ที่เกิดขึ้นภายใน 10 วันหลังคลอด นอกจากนี้ในปี ค.ศ.1980 Hayworth (Buesching, Glasser และ Frate, 1986: 62) ได้ศึกษาพบว่าผู้หญิง 3 ใน 7 คน ที่มีอาการของภาวะซีมเสร์วาระดับปานกลางและรุนแรงหลังคลอด เคยมีภาวะซีมเสร์วาระยะตั้งครรถ์มาก่อน และผลกระทบอีกประการหนึ่งที่รุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ที่มีภาวะซีมเสร์วาระยะตั้งครรถ์คือ อาจคิดฆ่าตัวตาย หรือทำการฆ่าตัวตายได้

2. ผลกระทบต่อทารก เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ของมารดากับทารกใกล้เคียงกันมาก สุขภาพจิตของมารดาย่อมส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจของทารกด้วย ดังที่ Lerch (สคูวาร์ตน์ สุวารี, 2531: 27-28) ได้อธิบายถึงกระบวนการที่ความเครียดของมารดาจะถึงทารกในครรภ์ได้ดังนี้

1. เมื่อมารดามีสิ่งเร้ามากระตุ้น ต่อมพิวูทิวารีส่วนหน้า (Anterior Pituitary) จะหลั่ง Adrenocorticotropic Hormone เพิ่มขึ้น ฮอร์โมนตัวนี้จะกระตุ้น Adrenal Cortex ทำให้หลั่ง Cortisone มากขึ้น

2. ฮอร์โมนจากมารดาจะถ่ายทอดไปยังทารกในครรภ์ โดยผ่านทางรก ทำให้กระแสโลหิตของทารกมีจำนวนฮอร์โมนดังกล่าวด้วย

3. Cortisone Hormone นี้มีผลต่อการเผาผลาญ โดยการนำเอาสารอาหารทั้งหลายไปใช้เป็นพลังงานเพื่อการทำงานของร่างกาย มากกว่าการนำเอาสารอาหารไปใช้เพื่อการเสริมสร้างและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ซึ่งจะกระทบกระเทือนต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ได้ ดังแผนภูมิต่อไปนี้



และได้มีการศึกษาที่สนับสนุนคำอธิบายดังกล่าวโดยมีการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอารมณ์แปรปรวนตั้งแต่ระยะแรกจนถึงระยะสุดท้ายของการตั้งครรภ์ มีโอกาสที่จะคลอดบุตรพิการสูงกว่าเช่น มีความผิดปกติของกระเพาะอาหารและลำไส้ มีอัตราการเต้นของหัวใจเร็วกว่าปกติ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจ และมีอารมณ์หงุดหงิด (นิศมัย เพิ่มกระโทก, 2530: 44 อ้างจาก Clark, Affonso และ Harris, 1979) นอกจากนี้มีการศึกษาย้อนหลังของ Stott ในปี ค.ศ.1957 (Davids, Vault และ Talmadge, 1961: 94) โดยศึกษาในเด็กปัญญาอ่อน (mentally retarded) จำนวน 102 คน พบว่า มารดาในระยะตั้งครรภ์มีอิทธิพลมาก เด็กจำนวน 67 คนมีสาเหตุมาจากมารดามีปัญหาในระหว่างตั้งครรภ์คือ มีความเจ็บป่วยทางกาย 24 คน และมีปัญหาทางอารมณ์ซึ่งเป็นผลมาจากปัญหาครอบครัวและอื่นๆ 38 คน มีร้อยละ 66 ของเด็กปัญญาอ่อนที่ศึกษาได้ปัจจัยในทางลบเช่น มารดาไม่มีความสุขในชีวิตสมรส การว่างงาน การปรับตัวได้ไม่ดีของมารดาและการประสบกับเหตุร้ายอื่นๆ มีร้อยละ 30 ที่มาจากครอบครัวปกติ และยังพบว่าเด็กปัญญาอ่อนจำนวนร้อยละ 15 มีความพิการทางกาย เช่น นิ้วมือเชื่อมติดกัน และเท้าแปดแต่กำเนิด (clubfoot) Stott เชื่อว่าการที่เด็กมีลักษณะปัญญาอ่อนอาจจะเป็นผลมาจากความผิดปกติของการถ่ายทอดทางพันธุกรรม และมารดามีโรคแทรกซ้อนหรือมีปัญหาทางอารมณ์ระหว่างตั้งครรภ์ และนอกจากนี้ในมารดาที่มีทัศนคติในทางลบต่อการตั้งครรภ์ มักจะพบว่ามีความตึงเครียดสูงระหว่างตั้งครรภ์ มีปัญหาในการคลอด คลอดยากและอาจจะคลอดบุตรที่ไม่แข็งแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ (สุภาพร โรจนศักดิ์โสธร, 2529: 33) ในกรณีที่มารดามีปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจต่อเนื่องไปจนถึงหลังคลอด ดังที่กล่าวไว้ในข้อแรก จะทำให้มารดาไม่สามารถทำหน้าที่ของการเป็นมารดาได้ตามปกติ ทารกอาจจะไม่ได้รับความรักความอบอุ่นอย่างเพียงพอจากมารดา หรืออาจไม่ได้รับการเลี้ยงดูที่ถูกต้อง เกิดความบกพร่องในการพัฒนาความรักและความผูกพันระหว่างมารดาและทารก และเป็นผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพที่ผิดปกติของทารกต่อไปในอนาคตได้

3. ผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะกับสามีและบุตร ในกรณีที่สามีและครอบครัวไม่เข้าใจก็จะทำให้เกิดปัญหาครอบครัว ครอบครัวอาจแตกแยกได้ และจากการที่มีสมรรถภาพในการ

ทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง หรือไม่เหมือนเดิมย่อมเป็นการเพิ่มภาระแก่ครอบครัวและสังคมในการดูแลรักษา ผลของความบกพร่องในการเป็นมารดา และภาวะครอบครัวแตกแยกย่อมทำให้เด็กที่อยู่ในภาวะนี้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ขาดคุณภาพ และเป็นปัญหาสังคมซึ่งยากต่อการแก้ไขต่อไปได้

พฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำ แสดงออก ตอบสนองหรือโต้ตอบสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ในสภาพการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่งที่สามารถสังเกตได้ ได้ยิน นับได้ วัดได้โดยตรงด้วยเครื่องมือที่เป็นวัตถุวิสัย ในสภาพการณ์ที่เฉพาะเจาะจง ไม่ว่าจะการแสดงออกหรือการตอบสนองนั้นจะเกิดขึ้นภายในหรือภายนอกร่างกายก็ตามเช่น การร้องไห้ การเต้นของชีพจร เป็นต้น (ราไพ ศรีนวล, 2534: 31 อ้างจาก สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2526)

พฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพ หรือ การปฏิบัติตนด้านสุขภาพ (Health care behavior) หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้ง่าย การปฏิบัติตนด้านสุขภาพจึงส่งผลถึงสภาวะสุขภาพของแต่ละคน (พิศมัย เพิ่มกระโทก, 2530: 33 อ้างจาก Hubbard และคณะ, 1984)

พฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์จึงหมายถึง การดูแลปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอดและคลอดบุตรที่มีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์

ในปี ค.ศ. 1981 Lowenstein และ Rinehart (พิศมัย เพิ่มกระโทก: 36) เขียนถึง พฤติกรรมการณ์ปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ว่า ประกอบด้วยการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ 5 ด้านคือ ด้านกิจกรรมประจำวัน ด้านการรับประทานอาหาร ด้านสุขภาพจิต ด้านการป้องกันโรคและการเจ็บป่วย และด้านความคิดเห็นต่อการตั้งครรภ์ และในการดูแลสตรีระหว่างตั้งครรภ์ (antenatal care) ที่นอกเหนือไปจากการตรวจสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการหาข้อมูลเพื่อวินิจฉัย

การตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงแล้ว ยังมีสิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การให้คำแนะนำที่ๆ ไปแก่หญิงตั้งครรภ์ซึ่งประกอบด้วยการปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์ เกี่ยวกับโภชนาการ สุขศึกษาทั่วไป การออกกำลังกายและการทำงาน การพักผ่อน การมีสัมพันธ์ทางเพศ การป้องกันอุบัติเหตุ อาการผิดปกติที่ต้องปรึกษาแพทย์ทันที การวางแผนครอบครัวและการเตรียมตัวเพื่อการคลอด

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่าพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เป็นการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในขณะตั้งครรภ์ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้านใหญ่ๆคือ ด้านโภชนาการ ด้านการรักษาสุขภาพร่างกายและการป้องกันการเจ็บป่วย และด้านการรักษาสุขภาพจิต ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้คือ

1. ด้านโภชนาการ ภาวะโภชนาการของมารดา มีอิทธิพลต่อสุขภาพของมารดาและทารก หญิงตั้งครรภ์จะมีความต้องการอาหารมากขึ้นกว่าเดิม การที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับอาหารในปริมาณที่เพียงพอและมีอัตราส่วนของสารอาหารถูกต้องและครบถ้วน จะช่วยให้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีผลทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตและมีพัฒนาการได้สมบูรณ์เต็มที่ด้วย ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีความบกพร่องทางโภชนาการจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์เช่นภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น และเกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ เช่น การเจริญเติบโตของทารกหยุดชะงัก ทารกมีน้ำหนักน้อย เป็นต้น ดังนั้นสิ่งที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ คือน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ ซึ่งควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นประมาณ 10-12 กิโลกรัม หรือไม่เกินร้อยละ 25 ของน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ และโดยทั่วไปน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นเดือนละ 1 กิโลกรัม หญิงตั้งครรภ์จะไม่อยู่ในภาวะขาดสารอาหารจะต้องรับประทานอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ คือ

หมู่ที่ 1 อาหารประเภทโปรตีนได้แก่ไข่ น้านม เนื้อสัตว์ หรือพืชตระกูลถั่ว หญิงตั้งครรภ์ควรรับประทานไข่ไม่น้อยกว่าวันละ 1 ฟอง ต้ม นมไม่น้อยกว่าวันละ 1 แก้ว รับประทานอาหารพวกเนื้อสัตว์ประเภทต่างๆ และพืชตระกูลถั่วบ่อยๆ

หมู่ที่ 2 อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตได้แก่ ข้าว แป้ง เผือก มัน และอาหารต่างๆที่มาจากแป้งหรือข้าว หญิงตั้งครรภ์ควรรับประทานในจำนวนปกติเพราะ

เป็นอาหารที่เพิ่มน้ำหนักได้ง่าย

หมู่ที่ 3 อาหารประเภทผัก ได้แก่ ผักใบเขียวและพืชผักอื่นๆ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ควรรับประทานมากกว่าปกติอย่างน้อยเท่าตัว และควรรับประทานผักหลายๆชนิดทุกมื้อ นอกจากอาหารประเภทนี้จะประกอบไปด้วยเกลือแร่ และวิตามินแล้ว ยังช่วยให้ระบบขับถ่ายอุจจาระเป็นไปโดยสะดวก

หมู่ที่ 4 อาหารประเภทผลไม้ หญิงตั้งครรภ์ควรรับประทานผลไม้ที่มีรสอมเปรี้ยวหรือผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงอย่างน้อยวันละ 1 ผล และควรรับประทานผลไม้หลายๆชนิดสลับกันไปเช่น ส้ม มะละกอสุก กล้วย และผลไม้ตามฤดูกาล

หมู่ที่ 5 อาหารประเภทไขมัน อาจจะเป็นไขมันจากสัตว์หรือพืช ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ควรรับประทานในจำนวนปกติ เพราะเป็นอาหารที่ทำให้น้ำหนักเพิ่มได้ง่ายเช่นเดียวกัน

2. การรักษาสุขภาพร่างกายและการป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วย

2.1 การป้องกันอุบัติเหตุ เนื่องจากในขณะตั้งครรภ์จะทำให้เกิดความไม่คล่องตัวในการปฏิบัติงาน หรือการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ อาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายเนื่องมาจากการทรงตัวไม่ดีเช่น การลื่นหกล้ม การล้มเนื่องจากการเป็นลม เป็นต้น หญิงตั้งครรภ์จึงควรหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้น เช่น ไม่ควรใส่รองเท้าส้นสูง ควรใส่รองเท้าส้นเตี้ยหรือมีส้นสูงประมาณ 1 นิ้ว ไม่ใส่รองเท้าที่มีพื้นด้านล่างเป็นยางเรียบ ไม่เดินในที่ลื่น ควรจับราวบันไดทุกครั้งที่ยืนลงบันไดและไม่ควรขับรถยนต์ เป็นต้น

2.2 การป้องกันการเกิดโรค ทั้งโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อเนื่องจากมีผลกระทบหรือเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์เช่น โรคหัดเยอรมัน โรคตับอักเสบ โรคซิฟิลิส โรคขาดสารอาหาร หรือขาดสารอาหารและวิตามินต่างๆ และโรคอารมณ์ผิดปกติ เป็นต้น หญิงตั้งครรภ์จะต้องรู้จักป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคต่างๆขึ้น โดยการให้ความสนใจจากข่าวสารหรือการเรียนรู้ด้วยวิธีต่างๆ ในการระมัดระวังดูแลสุขภาพของตนเอง และหลีกเลี่ยงจากภาวะการทำให้เกิดโรคนั้นๆได้

2.3 การหลีกเลี่ยงสารหรือสิ่งที่จะทำให้ทารกพิการหรือไม่เจริญเติบโตตามปกติ ได้แก่ แอลกอฮอล์ หญิงตั้งครรภ์ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า

เป็ยร์หรือของมีนเมาต่างๆ ถ้าหญิงตั้งครรภ์ดื่มสุราอย่างต่อเนื่องกัน อาจจะทำให้เกิดภาวะขาดอาหาร และมีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ บุหรี่ มีสารนิโคตินซึ่งมีผลทำให้เส้นเลือดของทารกในครรภ์ตีบลง การไหลเวียนของเลือดในทารกจะน้อยลงซึ่งทำให้ทารกได้รับเลือดและออกซิเจนในปริมาณที่ไม่เพียงพอต่อการเจริญเติบโต หญิงตั้งครรภ์ควรงดสูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่หลายๆจะมีผลทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนด มีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กธรรมดา (small for date หรือ low birth weight) บางรายมีความผิดปกติของสมองและมีความพิการแต่กำเนิด และเป็นการเพิ่มอัตราตายของทารกในครรภ์ รังสีเอ็กซเรย์ ถ้าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกราน โดยเฉพาะในระยะ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ จะมีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางของทารก ทำให้ทารกมีศีรษะเล็กกว่าปกติ มีการทำลายโครโมโซมและมีการเปลี่ยนแปลงในยีนของทารกได้ ยา ยาบางอย่างทำให้เกิดความพิการหรือความผิดปกติแก่ทารกในครรภ์ได้เช่น ยาแอสไพริ่นมีผลต่อเกล็ดเลือดและการแข็งตัวของเลือดในทารกได้ ยาขับประจำเดือนซึ่งมีส่วนประกอบของเอสโตรเจนและโพรเจสเทอโรน ถ้ารับประทานไปหลายชุดจะทำให้ทารกพิการได้ ยาเสพติด พวกเฮโรอินหรือฝิ่น ถ้าใช้เป็นประจำจะทำให้ทารกเกิดมามีอาการคล้ายกับผู้ใหญ่ที่ขาดยา เช่น มีอาการสั่นตามตัวและแขนขา ชัก ไม่ควบคุม มีไข้ ท้องเสีย เป็นต้น และวัคซีนที่ไม่ควรได้รับในระหว่างตั้งครรภ์ คือ วัคซีนป้องกันหัดเยอรมันและคางทูม ดังนั้นถ้าหญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องกินยาควรได้รับคำปรึกษาจากแพทย์เพื่อความปลอดภัย

2.4 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่

2.4.1 การทำงาน หญิงตั้งครรภ์สามารถทำงานได้ตามปกติแต่ควรมีหลักในการทำงาน คือ หลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้กำลังกายมากเกินไปและไม่ควรทำงานจนเกิดความเมื่อยล้า รู้จักวิซัยกหรือเคลื่อนย้ายของอย่างถูกต้อง หลีกเลี่ยงการทำงานที่เกี่ยวข้องกับสารพิษ รู้จักพักผ่อนเป็นระยะในระหว่างการทำงาน และในกรณีที่มึโรคแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ ควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เกี่ยวกับการทำงานอย่างเคร่งครัด

2.4.2 การพักผ่อน หญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกเหนื่อยง่ายและเพลียเร็วกว่าหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ เมื่อรู้สึกเพลียหรือเหนื่อยต้องรีบพักทันที ควรนอนพักตอนกลางวันทุกวันๆละครั้งถึงหนึ่งชั่วโมงโดยนอนราบใช้หมอนรองเท้า หรือยกขาให้สูงเล็กน้อย เพื่อป้องกันอาการเท้าบวมและเส้นเลือดขอด และควรนอนหลับในตอนกลางคืนอย่างน้อยคืนละ 8-10 ชั่วโมง

2.4.3 การออกกำลังกาย จะช่วยทำให้ผ่อนคลายความตึงเครียดของร่างกาย มีการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ช่วยให้ระบบการย่อยอาหารมีการเคลื่อนไหวดีขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อในส่วนต่างๆแข็งแรง และยังทำให้นอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น การออกกำลังกายที่ดีสำหรับหญิงตั้งครรภ์คือ การทำงานบ้านเบาๆ การเดินเล่นในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ การบริหารร่างกายก่อนคลอด และควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

2.4.4 การแต่งกาย หญิงตั้งครรภ์ควรใส่เสื้อผ้าที่สะอาด และให้ความสะดวกสบายแก่ผู้สวมใส่คือควรจะหลวมพอสำหรับท้องที่ขยายใหญ่ขึ้นเรื่อยๆ

2.5 การรักษาความสะอาดของร่างกาย เต้านม และการรักษาสุขภาพของปากและฟัน

2.5.1 การรักษาความสะอาดของร่างกาย เนื่องจากในหญิงตั้งครรภ์มีการทำงานของต่อมเหงื่อ และต่อมผิวหนังมากขึ้น จึงควรอาบน้ำให้ร่างกายสะอาดอยู่เสมอ แต่การอาบน้ำไม่ควรลงแช่ในน้ำอุ่นหรืออ่างอาบน้ำเพราะอาจมีการนำเชื้อโรคเข้าสู่ช่องคลอดได้

2.5.2 การดูแลรักษาความสะอาดเต้านมและหัวนม ในระยะ 3 เดือนหลังของการตั้งครรภ์ เต้านมจะขยายตัวมีขนาดและน้ำหนักมากขึ้น จึงควรใส่ยกทรงพยุงเต้านมไว้ตลอดเวลา ไม่ควรใส่ยกทรงที่คับหรือรัดเกินไป อาจมีน้ำนมเหลือง (colostrum) ไหลออกมา เมื่อแห้งจะเป็นสะเก็ดแข็งติดแน่นหัวนม ควรเช็ดด้วยน้ำต้มสุกเพื่อให้สะเก็ดหลุดออก ทำความสะอาดเต้านมด้วยสบู่และน้ำสะอาดทุกวัน

2.5.3 การรักษาสุขภาพของปากและฟัน หญิงตั้งครรภ์ควรทำความสะอาดปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ และควรได้รับการตรวจฟันจากทันตแพทย์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการมีอาการอักเสบเรื้อรัง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการอักเสบที่จะ

กระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆได้

2.6 การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องปรึกษาแพทย์ทันที ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับคำแนะนำเมื่อฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะต้องให้ความสนใจ และหมั่นสังเกตอาการผิดปกติต่างๆดังนี้คือ

2.6.1 เด็กดิ้นน้อยลงมากหรือไม่ดิ้น โดยเฉพาะ ในครรภ์ที่ใกล้กำหนดคลอดหรือเมื่อเริ่ม 41-42 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์

2.6.2 มีเลือดออกทางช่องคลอด

2.6.3 ปวดท้องน้อยมากหรือปวดที่บริเวณมดลูก

2.6.4 ปวดศีรษะมากหรือตาพร่ามัว

2.6.5 มีน้ำเดิน

2.6.6 บวมทั้งตัว

2.6.7 มีไข้หนาวสั่น

2.6.8 ปวดแสบขณะถ่ายปัสสาวะ

2.6.9 มีอาการแรกเริ่มของการคลอด ซึ่งอาจเกิดก่อนครบกำหนดได้เช่น ปวดท้องเป็นพักๆ ถี่ขึ้นและแรงขึ้น มีมูกเลือดไหลออกทางช่องคลอด เหล่านี้เป็นอาการที่ต้องรีบไปโรงพยาบาล

2.7 การมาตรวจหรือมาฝากครรภ์ตามนัด เนื่องจากการตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับอวัยวะทุกระบบของร่างกาย การได้รับการตรวจและการดูแลครรภ์อย่างสม่ำเสมอ จะเป็นการป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนบางอย่างระหว่างตั้งครรภ์มิให้รุนแรงจนเป็นอันตรายได้ เป็นการเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์และการคลอดปกติ และเพื่อได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก ตลอดจนได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์ การเตรียมตัวเพื่อการคลอด การปฏิบัติตัวหลังคลอด การเลี้ยงดูทารก และการวางแผนครอบครัวอีกด้วย ระยะเวลาของการนัดตรวจในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทั่วไปเป็นดังนี้คือ

2.7.1 ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนครบ 7 เดือน(28 สัปดาห์) ควรได้รับการตรวจทุก 4 สัปดาห์

2.7.2 ตั้งแต่ตั้งครรภ์ครบ 7 เดือนถึง 8 เดือน(32 สัปดาห์)ควรได้รับการตรวจทุก 2 สัปดาห์

2.7.3 ตั้งแต่ตั้งครรภ์ครบ 8 เดือน ถึง 9 เดือน ควรได้รับการตรวจทุกสัปดาห์

ส่วนหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเสี่ยงสูง การนัดตรวจจะเปลี่ยนแปลงตามความจำเป็นจากการประเมินผลแต่ละครั้งของการมาฝากครรภ์

(จิตรศักดิ์ มนัสสากร, 2527: 167-173; เพ็ญศรี พิชัยสมิธ, 2528: 15-21; พิศมัย เพิ่มกระโทก, 2530: 37-44; สมพล พงศ์ไทย และ อธิป สรวงสมบูรณ์, 2531: 104)

3. การรักษาสุขภาพจิต

ฝน แสงสิงแก้ว (2522: 57, 183) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า

สุขภาพจิต คือ สภาวะของชีวิตที่มีสุขภาพ และผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือผู้ที่มีอารมณ์มั่นคงสามารถปรับตนเองให้อยู่ได้อย่างมีความสุข ในสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยมีสมรรถภาพในการทำงานและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ด้วยความพอใจ

กิติกร มีทรัพย์ (2533: 179) เขียนถึงความหมาย ของสุขภาพจิต (Mental Health) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลกว่า หมายถึง สภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจของบุคคลที่สามารถแก้ปัญหา สามารถปรับตัว และปรับจิตใจ ได้อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและสังคมที่เป็นจริงได้

ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ จะต้องยอมรับและมีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ พยายามศึกษาและเรียนรู้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถูกต้องในการเตรียมตัวให้พร้อมสำหรับการตั้งครรภ์และการเป็นมารดา สามารถ

ปรับตัวได้ดีและปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ไม่วิตกกังวลกลัวจนเกินเหตุและสามารถควบคุมอารมณ์ได้ จะต้องไม่มีความรู้สึกว่าการตั้งครรภ์เป็นเรื่องน่าอายหรือน่ากลัว สามารถออกสังคมหรือมีกิจกรรมที่ทำให้ผ่อนคลายและสามารถทำงานได้ตามปกติตามความเหมาะสมของสภาพการตั้งครรภ์ นอกจากตัวของหญิงตั้งครรภ์จะต้องเข้าใจและปรับตัวเองแล้ว ยังจะต้องได้รับความเข้าใจ การดูแลจากสามีผู้ใกล้ชิด ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลกลัวหรือความไม่สบายใจต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และเพื่อเป็นกำลังใจให้หญิงตั้งครรภ์เตรียมตัวเป็นมารดาที่ดี มีความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่รู้สึกว่าต้องเผชิญปัญหาเพียงคนเดียว และจากการที่สุขภาพจิตของมารดามีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ทั้งพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ และบุคลิกภาพ หญิงตั้งครรภ์จึงจำเป็นต้องรักษาสุขภาพจิตของตนเองให้ดีตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์และหลังคลอด เพื่อทารกจะได้มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ เพราะหน้าที่ของมารดานอกจากจะให้กำเนิดบุตรแล้วยังต้องทำหน้าที่เลี้ยงดูและอบรมบุตรให้ดีด้วย

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนหนึ่งจะสังเกตได้จากการมาฝากครรภ์กับสถานที่ให้บริการฝากครรภ์ ซึ่งควรเริ่มฝากครรภ์ตั้งแต่เริ่มรู้ว่าตั้งครรภ์ และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ การฝากครรภ์ที่เพียงพอและเหมาะสมนั้น ต้องคำนึงว่ามารดาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งประกอบด้วยครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม ประเพณีของสังคมนั้น วิธีการดำเนินชีวิตและเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมาฝากครรภ์ ได้แก่ ความรู้ ฐานะทางเศรษฐกิจ การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคม ดังที่ ลีทชิโฮค วรานุนันติกุล (2529: 26-29) ได้เขียนถึงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ว่ามี 2 ประการคือ

1. องค์ประกอบระดับมหภาพ ได้แก่ วัฒนธรรม ปทัศสถาน (norms) ของสังคม ความคาดหวังในบทบาท สถานภาพ สถาบันหรือองค์กรทางสังคม
2. องค์ประกอบระดับจุลภาค ได้แก่ การรับรู้ การเรียนรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม ฯลฯ ซึ่งรวมอยู่ในบุคลิกภาพของบุคคลนั่นเอง

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ มักจะเป็นการศึกษาของต่างประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่สนใจทำการศึกษาถึงภาวะจิตใจและอารมณ์ขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด ความสัมพันธ์ของจิตใจและอารมณ์กับภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์และคลอด รวมถึงความผิดปกติของทารก และมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ นอกจากนี้การที่หญิงตั้งครรภ์เป็นส่วนหนึ่งของสังคม จึงมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคม เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะจิตใจและอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ด้วย ส่วนการศึกษาถึงภาวะจิตใจและอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยที่ศึกษาเฉพาะ ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์นั้นยังไม่มีใครได้ทำการศึกษาไว้ มักจะเป็นการศึกษาถึงความวิตกกังวลและความเครียดขณะตั้งครรภ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

Anthony Davids, Spencer De Vault และ Max Talmadge (1961: 93-103) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของอารมณ์ในหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงตั้งครรภ์จำนวน 48 คน จากคลินิกของ Providence Lying- In Hospital ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 7 เดือน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกมีจำนวน 20 คน ซึ่งจะถูกทดสอบทางจิตวิทยาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ตลอดจนถึงหลังคลอด 6 สัปดาห์ และกลุ่มที่สองมีจำนวน 28 คน จะถูกทดสอบทางจิตวิทยาเฉพาะในระยะตั้งครรภ์เท่านั้น เครื่องมือที่ใช้เป็นเครื่องมือทดสอบทางจิตวิทยา 6 ชนิด คือ Wechsler-Bellevue Intelligence Scale, Manifest Anxiety Scale(MAS), Thematic Apperception Test(TAT), Sentence Completion Test(SCT), Self-ratings (S-R) and others-ratings (O-R) และ Maternal personality ratings(MPR) และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ศึกษาทั้ง 2 กลุ่มจะถูกแบ่งเป็นกลุ่มย่อยอีก 2 กลุ่มคือ กลุ่มแรกแบ่งเป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนในการคลอดจำนวน 7 คน และกลุ่มที่ไม่มีปัญหาในการคลอดจำนวน 13 คน กลุ่มที่สองแบ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาในการคลอดจำนวน 16 คนและกลุ่มที่ไม่มีปัญหาในการคลอด 12 คน ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างของ

Intelligence testing ครั้งแรกในระหว่างกลุ่มย่อยที่ปกติและผิดปกติ และเมื่อตามไปจนตลอดพบว่า กลุ่มย่อยที่มีความผิดปกติของการคลอคมมี IQ ลดลง ในส่วนที่เกี่ยวกับบุคลิกภาพพบว่ากลุ่มย่อยที่มีความผิดปกติของการคลอคม มีความวิตกกังวลแสดงให้เห็นชัดเจน และมี alienation syndrome สูงกว่ากลุ่มปกติ มีบุคลิกภาพที่ประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้คือ egocentricity, distrust, pessimism, anxiety และ resentment และพบว่ามีความแตกต่างระหว่างกลุ่มย่อยจากการทำ TAT คือ กลุ่มย่อยที่ไม่มีปัญหาในการคลอคมมีแนวโน้มต่อการเลือกที่จะเล่าเรื่องหญิงตั้งครรภ์ใน TAT stories มากกว่ากลุ่มอื่น

Elaine R. Grimm (1961: 520-527) ได้ทำการศึกษาถึงภาวะตึงเครียดทางจิตใจในหญิงตั้งครรภ์ โดยศึกษาจากหญิงตั้งครรภ์ปกติจำนวน 235 คนจาก Ante-Partum Clinic of the New York Lying-In Hospital ตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม ค.ศ.1959 และได้ทำการแบ่งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกคัดเลือกไว้ 200 คนออกเป็น 5 กลุ่มๆละ 40 คน ซึ่งประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะเหมือนกันในแต่ละกลุ่ม กลุ่มแรกจะถูกทดสอบเมื่อมีอายุครรภ์อยู่ในระยะครึ่งหลังของไตรมาสแรก กลุ่มที่สองจะถูกทดสอบในระยะครึ่งแรกของไตรมาสที่สอง กลุ่มที่สามจะถูกทดสอบในระยะครึ่งหลังของไตรมาสที่สอง กลุ่มที่สี่จะถูกทดสอบในระยะครึ่งแรกของไตรมาสที่สาม และกลุ่มที่ห้าจะถูกทดสอบในระยะครึ่งหลังของไตรมาสที่สาม เครื่องมือที่ใช้คือ Projective Test ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในระยะครึ่งหลังของไตรมาสที่สาม มีความตึงเครียดสูงกว่ากลุ่มอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่ามีความสัมพันธ์กันในทางบวกระหว่างความตึงเครียดกับจำนวนน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ และระยะเวลาของระยะที่สองของการคลอคมในหญิงตั้งครรภ์ที่ท้องหลังๆ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความตึงเครียดทางจิตใจกับภาวะแทรกซ้อนในการคลอคมและสุขภาพของทารก แต่พบว่าหญิงตั้งครรภ์จำนวนไม่มากที่มีความตึงเครียดทางจิตใจสูงจะมีอุบัติการณ์ของการตาย และความพิการของทารก สูงกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความตึงเครียดทางจิตใจน้อย

อัมพร โอตระกุล และคณะ (2531: 371-379) ได้ทำการศึกษาถึงความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ เป็นการศึกษาแบบ cross sectional case control study โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์โรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 600 คน และมีกลุ่มเปรียบเทียบบ 2 กลุ่มจำนวน 300 คน โดยกลุ่มแรกเป็นหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นญาติของผู้ป่วยทั่วไปที่มาติดต่อในโรงพยาบาลราชวิถี และกลุ่มที่สองเป็นหญิงที่สมรสแล้วแต่ไม่ได้ตั้งครรภ์และไม่มีประวัติเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิตในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เริ่มศึกษาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2529 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามวัดความเครียด Health Opinion Survey ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.001$) คือกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบบ 1 แต่ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบบ 2 เมื่อเปรียบเทียบบระดับความเครียดระหว่างครรภ์แรกและครรภ์หลังพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p=0.92$) และความเครียดระหว่างอายุครรภ์ทั้ง 3 ไตรมาส ก็ไม่พบความแตกต่างกัน ($p=0.96$) หญิงที่มีความเครียดสูงผิดปกติในกลุ่มศึกษามีร้อยละ 2.3 ในกลุ่มเปรียบเทียบบ 1 พบร้อยละ 1.3 และในกลุ่มเปรียบเทียบบ 2 มีร้อยละ 2.1 นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ระดับความมีนัยสำคัญ 0.05 คือ อายุ สัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยา ความต้องการบุตรของภรรยาและสามี ความคาดหวังเพศบุตรของภรรยาและสามี ความคิดเห็นขัดแย้งกับญาติและปัญหาการแพ้ท้อง

อนงค์ ลิละชัยกุล (2533: 24-34) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของหญิงครรภ์แรกที่มีอายุ ระดับการศึกษา และฐานะเศรษฐกิจแตกต่างกัน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกและฝากครรภ์กับโรงพยาบาลรามาศิริจำนวน 100 คน ที่มีการตั้งครรภ์ปกติและมีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 1-13 สัปดาห์ ไม่เป็นหม้ายเนื่องจากสามีเสียชีวิต หย่าร้าง หรือแยกกัน มีเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและแบบวัดความวิตกกังวล The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ของสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger) โดยเริ่มศึกษาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม 2528 ซึ่งผลการศึกษาพบว่าหญิงครรภ์แรกที่มีอายุ ระดับการศึกษา และฐานะ

เศรษฐกิจแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลแบบสเตรท (ความวิตกกังวลในขณะตั้งครรภ์) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุแตกต่างกันมีความวิตกกังวล แบบเทรท (ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคล ในสถานการณ์ต่างๆ ไปทุกสถานการณ์) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหญิงครรภ์แรกที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความวิตกกังวลแบบเทรท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนหญิงครรภ์แรกที่มีระดับฐานะเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลแบบเทรทไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Robert L. McDonald และ Arthur C. Christakos (1963: 341-347) ได้ศึกษาถึง ความสัมพันธ์ของการปรับอารมณ์ ระหว่างตั้งครรภ์กับภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์จาก Obstetrical Clinic ใน Medical College of South Carolina จำนวน 86 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) เพื่อคุณลักษณะบุคลิกภาพของกลุ่มตัวอย่าง, The Manifest Anxiety Scale (MAS), The Interpersonal Checklist (ICL), The Kent EGY tests เพื่อดูระดับสติปัญญา และการบันทึกในห้องคลอด กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 16-37 ปี และจะถูกทดสอบเมื่ออายุครรภ์ได้ 6 เดือน แล้วจะตามกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ไปจนคลอดโดยแบ่งออกเป็นกลุ่มที่ไม่มีปัญหา และกลุ่มที่มีปัญหาในขณะตั้งครรภ์และคลอด รวมถึงมีความผิดปกติของทารกร่วมด้วย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประสบกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นกลุ่มที่มีระดับความวิตกกังวลสูงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) และพบว่าแต่ละคนแสดงอาการของ neuroticism สูงพอๆกับมีแนวโน้มต่อการเกิดพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน

Anthony Davids และ Spencer DeVault (1962: 464-469) ได้ทำการศึกษาถึงความวิตกกังวลของมารดาขณะตั้งครรภ์กับความผิดปกติของการคลอดบุตร โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์จาก Providence Lying-In Hospital และตั้งครรภ์อยู่ในระยะไตรมาสที่สามจำนวน 50 คน เมื่อตามไปจนคลอดกลุ่มตัวอย่างจะถูก

แบ่งเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน และมีความผิดปกติของการคลอคบุตร จำนวน 25 คน กับกลุ่มที่ปกติจำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ Wechsler-Bellevue Intelligence Scale เพื่อวัดระดับ IQ, Manifest Anxiety Scale เพื่อวัดความวิตกกังวลที่เกิดจากสภาพร่างกายและจิตใจ, Anxiety Self Rating and Ratings Expected from Others, Sentence Completion Test, Thematic Apperception Test และ Maternal Anxiety Ratings จากการศึกษาพบว่าสตรีในกลุ่มปกติและกลุ่มผิดปกติไม่แตกต่างกันในเรื่องอายุ, IQ, จำนวนการตั้งครรภ์ หรือจำนวนการคลอด กลุ่มที่ผิดปกติมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาคลอดทั้งหมดสูงกว่ากลุ่มปกติอย่างมีนัยสำคัญ และจากการวัดระดับความวิตกกังวลด้วยวิธีต่างๆพบว่า สตรีที่มีปัญหาในขณะที่คลอดเป็นกลุ่มที่มีระดับความวิตกกังวลสูงมาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์

Richard L. Gorsuch และ Martha K. Key (1974: 352-362) ได้ศึกษาถึง ความผิดปกติของการตั้งครรภ์ที่เกิดจากความวิตกกังวลและความตึงเครียดในชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้น้อยจากคลินิกสูติกรรมของโรงพยาบาลใหญ่ ประจำเมืองจำนวน 118 คน สัมภาษณ์โดยใช้ State-Trait Anxiety Inventory เพื่อวัดความวิตกกังวล, Life Change Inventory และการบันทึกความผิดปกติของมารดาและการตก กลุ่มตัวอย่างจะถูกแบ่งเป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติในขณะที่ตั้งครรภ์และคลอด รวมถึงมีความผิดปกติของทารกภายใน 12 ชั่วโมงหลังคลอดและกลุ่มที่ไม่มีปัญหา ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการมีความวิตกกังวลตั้งแต่ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติในขณะที่ตั้งครรภ์, การคลอดและสภาพของทารก การมีความตึงเครียดในระหว่างตั้งครรภ์ระยะไตรมาสที่สองและสามมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติในระยะต่างๆ และสภาพของทารกเช่นเดียวกัน ความวิตกกังวลและความตึงเครียดในชีวิตพบว่าต่างก็มีผลทำให้เกิดความผิดปกติของการตั้งครรภ์

Anthony Davids และ William R. Rosengren (1962: 579-583) ได้ศึกษาถึงความคงที่ทางสังคมและการปรับจิตใจในระหว่างตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ในระยะไตรมาสที่สองจำนวน 30 คน โดยใช้เครื่องมือแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ Sociological Assessment และ Psychological Assessment พบว่าสตรีที่มีความไม่พึงพอใจต่อสถานะทางสังคมของตนเองและมีความไม่คงที่ทางสังคม จะมีความรู้สึกว่าไม่มีความสุข ไม่มีความสุขต่อการตั้งครรภ์ มีความวิตกกังวลมากกว่าปกติ มีบุคลิกภาพเป็ยงเบนไปสูง และมีปัญหาในการปรับอารมณ์มากกว่า

Jane S. Norbeck และ Virginia Peterson Tilden (1983: 30-45) ได้ทำการศึกษาถึงผลของความตึงเครียดในชีวิต, การสนับสนุนทางสังคม และความไม่สมดุลย์ทางอารมณ์ต่อภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เข้ามาศึกษา ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 12-20 สัปดาห์ จำนวน 117 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ Sarason Life Experiences Survey (LES), Cohen and Lazarus Social Support Questionnaire (SSQ), Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Lubin Depression Adjective Checklist (DACL), Form C และ Rosenberg Self-Esteem Scale (SE) ร่วมกับการบันทึกภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ โดยการทบทวนรายงานของผู้ป่วย และมีการทบทวนรายงานของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอีกครั้งเมื่อคลอด เพื่อดูภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดและภาวะแทรกซ้อนของทารก ผลการศึกษาที่ได้คือ การมีความตึงเครียดสูงและได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีความสัมพันธ์กับการมีความไม่สมดุลย์ทางอารมณ์สูงอย่างมีนัยสำคัญ การมีความตึงเครียดในชีวิตสูงในปีก่อนการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ และความไม่สมดุลย์ทางอารมณ์สูงจะมีผลต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทารก ปฏิกริยาของความตึงเครียดในระหว่างตั้งครรภ์และการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายที่สำคัญ ของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ในขบวนการตั้งครรภ์และคลอด

Nuckolls และคณะ (1972: 431-441) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนทางจิตสังคม และการมีประสบการณ์ต่อเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตกับภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ โดยศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective study) จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์จำนวน 170 คน เมื่อมีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ตัวแปรที่ศึกษาคือ เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตก่อนการตั้งครรภ์ 2 ปี และระหว่างตั้งครรภ์ เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Schedules of Recent Experience (SRE) และการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางจิตสังคม (Psychosocial Assets) เครื่องมือที่ใช้วัด คือ The Adaptive Potential for Pregnancy ส่วนภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่ถือว่าผิดปกติคือ การมีความดันโลหิตสูง ครรภ์เป็นพิษ แท้ง คลื่นไส้อาเจียนมาก ภาวะน้ำตาลก่อนกำหนด ระยะเวลาในการคลอดนาน คะแนนแอฟการ์ดของทารกแรกเกิดต่ำกว่า 7 คะแนน น้ำหนักของทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2500 กรัม หรือทารกตายปริกำเนิดอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างเกิดขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ทั้งการมีประสบการณ์ต่อเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตและการได้รับการสนับสนุนทางจิตสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มที่มีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตสูงทั้งก่อนและขณะตั้งครรภ์พบว่า กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางจิตสังคมน้อย จะเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางจิตสังคมมากถึง 3 เท่า

Don P. Buesching, Michael L. Glasser และ Dennis A. Frate (1986: 61-78) ศึกษาถึงการดำเนินของอาการซึมเศร้า ในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์จาก Office of Family Practice (OFP) ใน University of Illinois College of Medicine จำนวน 57 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์ในระยะไตรมาสแรก และมีจำนวน 30 คนจากกลุ่มนี้เคยตั้งครรภ์มาก่อน กลุ่มตัวอย่างจะถูกติดตามและถูกสัมภาษณ์โดยใช้ Zung Self-Rating Depression Scale เป็นจำนวน 6 ครั้งคือ

- 1) เมื่อสิ้นสุดไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ (อายุครรภ์ 10-12 สัปดาห์)
- 2) เมื่อสิ้นสุดไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ (อายุครรภ์ 20-24 สัปดาห์)
- 3) ก่อนสิ้นสุดไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ (อายุครรภ์ 36-40 สัปดาห์)
- 4) เมื่อ 3 วันหลังคลอด
- 5) เมื่อ 3 สัปดาห์หลังคลอด
- 6) เมื่อ 6 สัปดาห์หลังคลอด

และมีแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะของประชากรและสังคม รวมถึงแบบรายงานเกี่ยวกับการคลอดและสถานการณ์แวดล้อมภายในบ้าน มีกลุ่มควบคุมเป็นหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์จำนวนเท่าๆกันซึ่งมาติดต่อรับการตรวจภายในกับ OPF โดยให้กลุ่มควบคุมมีลักษณะเหมือนกับกลุ่มที่ศึกษา ในเรื่องของอายุ กลุ่มควบคุมจะถูกสัมภาษณ์ด้วย Zung Self-Rating Depression Scale จำนวน 2 ครั้ง คือ ระยะเวลาเดียวกับที่กลุ่มศึกษาตั้งครรภ์ได้ 6 เดือน และหลังคลอด 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ศึกษาในระยะตั้งครรภ์มี Zung scores เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างปลายไตรมาสที่สองและปลายไตรมาสที่สาม ซึ่งตรงข้ามกับในระยะหลังคลอดที่พบว่า มีระดับของอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในระหว่าง 3 วัน, 3 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์หลังคลอด สำหรับระดับของอาการซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมจากการวัด 2 ครั้งพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย ในระยะตั้งครรภ์มี depression scores สูงกว่าระยะหลังคลอด และหญิงหลังคลอดที่ประสบกับภาวะ baby blues เคยมี depression scores สูงในระยะตั้งครรภ์มาก่อน มีร้อยละ 66.7 ของกลุ่มที่มี depression scores สูงระหว่างตั้งครรภ์จะประสบกับภาวะ baby blues หลังคลอด ส่วนกลุ่มที่มี depression scores ต่ำที่ประสบกับภาวะ baby blues มีร้อยละ 50.0 และพบว่าระดับของ prenatal depression สูง จะมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดซึมเศร้ารุนแรงหลังคลอด (severe postpartum depressive disorder) และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญตัวหนึ่งในหลายปัจจัยคือ การที่หญิงตั้งครรภ์มีประวัติของอาการซึมเศร้ามาก่อนในอดีต

Barry Zuckerman และคณะ (1989: 1107-1111) ได้ทำการศึกษาดังกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี โดยคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์จากคลินิกฝากครรภ์ของ Boston City Hospital จำนวน 1,014 คนระหว่างปี ค.ศ. 1984-1987 กลุ่มตัวอย่างจะถูกสัมภาษณ์ 2 ครั้ง คือขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด มีเครื่องมือที่ใช้วัดอาการซึมเศร้า คือ Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D), แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า การใช้กัญชาและโคเคน รวมถึงสารเสพติดอื่นๆ ก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ โดยใช้การตรวจปัสสาวะร่วมด้วย, Life Experiences Survey เพื่อประเมินเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตและ Norbeck Social Support Questionnaire เพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคม การประคับประคองทางจิตใจ และการสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่มีประวัติว่ามีอาการซึมเศร้ามานาน 2 สัปดาห์หรือมากกว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนน CES-D สูงกว่าสตรีที่ไม่มีประวัติว่ามีอาการซึมเศร้ามาก่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) และสตรีที่เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนมีค่าเฉลี่ยของคะแนน CES-D สูงกว่าสตรีที่ไม่เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ($p < 0.0001$) และพบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ การอยู่คนเดียว อายุที่มากขึ้น การว่างงาน และมีรายได้น้อย กลุ่มสตรีที่มีประวัติการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted disease) และการแท้งที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous abortion) มาก่อนจะมีค่าเฉลี่ยของคะแนน CES-D สูงกว่าสตรีที่ไม่ประวัติเหล่านี้ เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมสุขภาพพบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ น้ำหนักขึ้นน้อย ความถี่ของการสูบบุหรี่ การดื่มเหล้าและการใช้โคเคน และส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางจิต-สังคม พบว่า สตรีที่ไม่มีความสุขต่อการตั้งครรภ์ หรือสามีและญาติไม่พอใจต่อการตั้งครรภ์จะรายงานว่ามีอาการซึมเศร้ามากกว่าสตรีที่มีความสุขต่อการตั้งครรภ์ และมีสามีและญาติที่พอใจกับการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมน้อยพบว่า มีอาการซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ และความตึงเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ไม่ดีในชีวิตพบว่า มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น

Michael W. O'Hara (1986: 569-573) ได้ทำการศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ในชีวิต และภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ในระยะไตรมาสที่สองจำนวน 99 คน จาก University of Iowa Hospitals and Clinics ใน Iowa City และกลุ่มตัวอย่างจะถูกติดตามไปจนถึงหลังคลอด 9 สัปดาห์ มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าซึ่งปรับปรุงมาจาก Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) และ Research Diagnostic Criteria, Pilkonis Life Events Schedule (PLES) ใช้วัดเหตุการณ์ตั้งเครียดระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด, Social Support Interview (SSI) ใช้ประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และจากการศึกษาพบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 9 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น major depression หรือ minor depression ระหว่างไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ และมีร้อยละ 12 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น major depression หรือ minor depression ในระหว่างหลังคลอด 9 สัปดาห์แรก มีหญิงตั้งครรภ์จำนวน 2 คนที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งในระยะไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด สตรีที่มีภาวะซึมเศร้าในขณะที่ตั้งครรภ์พบว่ามีบุตรมากกว่าสตรีที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างนัยสำคัญ ($p < .05$) และสตรีที่ประสบกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบว่า มีระดับการศึกษาน้อยกว่าสตรีที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($p < .05$) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า มีจำนวนของเหตุการณ์ตั้งเครียดที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ไม่ต่างกัน แต่สตรีที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบว่า มีเหตุการณ์ตั้งเครียดเมื่อหลังคลอดมากกว่าสตรีที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) เมื่อพิจารณาถึงการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าพบว่า ในระหว่างตั้งครรภ์สตรีที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการช่วยเหลือจากสามีน้อยกว่าได้รับจากคนที่ใกล้ชิดหรือเพื่อนที่ไว้วางใจ ซึ่งต่างจากกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการช่วยเหลือจากสามีมากกว่า ในระยะหลังคลอดพบว่าสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความพอใจในชีวิตสมรสน้อยกว่าสตรีที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

จากผลงานวิจัยที่ได้กล่าวมาทั้งหมด แสดงให้เห็นว่า ในขณะที่ตั้งครรภ์จะเกิด ปฏิกริยาซึ่งกันและกันระหว่างการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย-จิตใจ-สังคม ถ้าเกิดมีปัญหา ที่ปัจจัยตัวใดตัวหนึ่งย่อมมีผลกระทบต่อปัจจัยตัวอื่นๆด้วย สิ่งที่สำคัญคือมีส่วนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ความผิดปกติของการคลอด และเกิดความผิดปกติของทารกด้วย