

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีปัญญานิยมต่อภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ภาวะซึมเศร้า

- 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
- 1.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
- 1.3 ลักษณะของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
- 1.4 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
- 1.5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
- 1.6 สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์
- 1.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องภาวะซึมเศร้า

2. หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา

- 2.1 ความหมายของหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา
- 2.2 ประเภทของการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา
- 2.3 สาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา

3. การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีปัญญานิยม

- 3.1 ทฤษฎีปัญญานิยม
- 3.2 ข้อตกลงเบื้องต้นเชิงทฤษฎี
- 3.3 หลักพื้นฐานของทฤษฎีปัญญานิยม
- 3.4 สัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้บำบัด
- 3.5 เทคนิคที่ใช้ในการช่วยเหลือ
- 3.6 การให้คำปรึกษารายบุคคล

4. บำบัดพฤติกรรม

ภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2545, หน้า 259) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง เป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีคมน เหนื่อยหน่าย หดหู่ จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเองในที่สุด

ดวงใจ กษานติกุล (2542, หน้า 348 - 349) ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง อารมณ์ทุกข์ (Dysphoric mood) รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลงหรือน้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัว เจ็บซึม และสมรรถภาพในการเรียนหรือการทำงานลดลง ภาวะซึมเศร้า อาจจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1. เป็นอารมณ์ปกติ (Affect or State) ซึ่งใครๆก็รู้สึกได้ แต่จะไม่รุนแรงหรือคงนาน และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบ

2. เป็นอารมณ์ที่ผิดปกติ (Mood or Trait) คือ คงนานและ ระดับที่เกินปกติวิสัยไปบ้าง เกิดขึ้นเนื่องจากมีปัญหาการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment Disorder) หรือมีผลจากโรคทางกายและโรคทางจิตต่าง ๆ (Secondary Depression)

3. เป็นโรคทางจิตโดยตรง (Primary Affective Disorder) โดยมีอารมณ์ที่ผิดปกติคงนาน (Mood Disorder) ซึ่งจำแนกออกไปอีกตามลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น เป็นภาวะเศร้าหรือ Hypomania ถึง Mania หรือแบ่งตามระดับความรุนแรงหรือความเรื้อรัง เป็นต้น โดยมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วยได้แก่

- อาการทางจิตสรีระ (Psychophysiologic หรือ Vegetative) เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก ความรู้สึกทางเพศลดลง เป็นต้น

- อาการทางความคิด (Cognitive) เช่น ไม่มีสมาธิ ขี้หลงขี้ลืม ขาดความมั่นใจ คิดเป็นปมด้อย หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น

- อาการทางพฤติกรรมเคลื่อนไหว (Psychomotor) เช่น เชื่องซึม หรือ กระสับกระส่าย นั่งไม่ติด เป็นต้น

เบค (Beck, 1967, pp. 4 - 6, 255) ได้กล่าวถึงภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ด้านการคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม เนื่องจากบุคคลมีความคิดอัตโนมัติในทางลบ 3 ลักษณะ คือ

1. รูปแบบความคิดทางลบต่อตนเอง (Negative View of Self) ผู้ที่มีความคิดซึมเศร้าจะมองตนเองว่าบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ปรารถนา อันเนื่องจากข้อบกพร่องที่ตนคิดขึ้นเอง ซึ่งมีแนวโน้มจะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆขึ้น ก็โทษว่าทั้งหมดเกิดจากความผิดพลาดของตนเอง ทำให้มีความสำนึกในคุณค่าของตนเองต่ำ และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2. รูปแบบความคิดทางลบต่อสิ่งแวดล้อม (Negative View of World) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวในเชิงสูญเสีย มองเห็นชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ทำให้คุณค่าในตนเองลดลง มองว่าโลกเป็นสิ่งที่โหดร้าย และต้องหลีกเลี่ยง

3. รูปแบบความคิดทางลบต่ออนาคต (Negative View of Future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายว่าความทุกข์ยากปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด มองข้างหน้าก็มีแต่ความยากลำบาก เมื่อพบกับสถานการณ์ในปัจจุบันก็จะมองว่าอนาคตจะเป็นสิ่งที่มึปัญหา และมองว่าอนาคตไม่มี ความหวัง ทำให้มีลักษณะการแสดงออก คือ ตำหนิและลงโทษตนเอง ประเมินตนเอง ไร้ประสิทธิภาพ ประเมินคุณค่าตนเองต่ำ เกิดความเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจและตั้งกระตุ้น สิ้นหวังมี อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง

จากนิยามที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง เป็นภาวะเบี่ยงเบนทางอารมณ์ อันเนื่องมาจากความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อม ทั้งในปัจจุบัน และอนาคต ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เศร้าหมอง หดหู่ เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง แสดงออกทางร่างกายและพฤติกรรม เช่น อ่อนเพลียไม่มีแรง ปากแห้ง ปวดศีรษะ เหม่อลอย คิดซ้ำ ตำหนิและลงโทษตนเอง ประเมินคุณค่าตนเองต่ำ มองตนตนเองไร้ค่า หลีกเลี่ยงสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น จนทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำงานได้ และทำร้ายตนเอง

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า แบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542, หน้า 349 - 352)

1. สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic Models) นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่า อารมณ์เศร้า เป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลายๆอย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอาย และความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐาน (Primitive) ที่สุด ปรากฏให้เห็น แม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ที่ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้น ได้ก็เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรม (Superego) ก่อร่างขึ้นแล้ว

ความเศร้าเกิดจากการหันเหความโกรธและก้าวร้าวเข้าหาตนเองเนื่องจากมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย คือ ทั้งรัก และ โกรธ (Ambivalence) ต่อบุคคลสำคัญในชีวิตผู้เป็นที่รักและเป็นที่พักพิงทางอารมณ์ แต่ก็เป็นผู้ที่สร้างความผิดหวังและความคับแค้นใจให้ด้วย และภาวะครั้นเครงหรือคลุ้มคลั่งเกิดจากการสูญเสียหรือไม่ได้รับความรักจากบิดา มารดา ทำให้มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ครั้งเยาว์วัย (Primal Depression) โดยการปฏิเสธ (Denial) หรือกลบเกลื่อนความเศร้าด้วยท่าที รื่นเริง และครั้นเครงของภาวะไฮโปแมนเนียหรือแมนเนีย

นอกจากนี้ ความเศร้าเกิดได้จากการสูญเสียหรือจากพรากจากผู้เป็นที่รัก โดยใช้กลไกทางจิตชนิดเก็บไว้ในตนเอง (Introjection) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยซึมเศร้าด้วยการซึมซับ (Inco - Porate) เอาภาพของบุคคลผู้เป็นที่รัก (แต่สร้างความคับแค้นใจ) รวมเข้ากับอีโก้ของตนเอง เมื่อเกิดการสูญเสียผิดหวังหรือจากพราก ความโกรธก้าวร้าวที่เกิดจากความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายจะสร้างความปั่นป่วนในจิตใจ ทำให้รู้สึกผิด หมกความภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกซึมเศร้านอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนอาจใช้กลไกทางจิตชนิดพฤติกรรมถอยกลับ (Regression) ไปเป็นระยะปาก (Oral) หรือระยะทวาร (Anal) มีท่าทีแบบเด็ก ๆ เช่น งอแง เอาแต่ใจตนเอง กลัวไม่กล้าอยู่คนเดียวหรือย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น

ทฤษฎีพัฒนาการของอีโก้ (Ego Development) เชื่อว่า ซุปเปอร์อีโก้ เกิดได้ในเด็กตั้งแต่ขวบปีแรกทำให้มีภาวะเศร้าเกิดขึ้นเมื่อเด็กทารกมีปัญหาในความสัมพันธ์กับมารดา ซึ่งความเศร้าในช่วงต้นของชีวิตนี้เองที่ส่งผลให้เกิดโรซึมเศร้าในเวลาต่อมาและการฆ่าตัวตายเป็นการลงโทษหรือทำลายด้านเลวของตนเอง (Bad Self) ในระดับจิตไร้สำนึก ในเด็กทารกวัย 6 เดือน จะเรียนรู้ว่ามารดามีทั้งข้อดีและข้อเสียและแสดงความโกรธ ความก้าวร้าว ต่อมารดาโดยการกัก เช่น กัดหัวนมขณะเดียวกันก็กลัวจะทำอันตรายจากมารดา ทำให้ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า (Depression Position)

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอีโก้ (Ego Psychology) อธิบายว่าภาวะเศร้า เกิดจากการขาดความรักความอบอุ่น ในวัยทารก (Infantile Deprivation) และมีความคับแค้นใจ (Frustration) ทำให้มีการหยุดชะงักของการพัฒนา อีโก้ และซุปเปอร์อีโก้ บุคคลนั้นจึงไม่สามารถปรับตัวกับโลกแห่งความเป็นจริงด้วยวิธีการ (กลไกทางจิต การปรับสภาพและการควบคุมตัวเอง) ที่เหมาะสม ส่งผลให้หมกความภาคภูมิใจในตัวเองและรู้สึกไร้ค่า ซึ่งเป็นลักษณะของภาวะซึมเศร้า

นอกจากนี้ ภาวะเศร้าเกิดจากความขัดแย้งของอีโก้เองที่ไม่สามารถบรรลุถึงอุดมคติแห่งตน (Ego - Ideal) คือต้องการเป็นที่รัก (Loved) เหนือ (Superior) เป็นคนดีที่น่ารัก (Good Living) มิใช่ความขัดแย้งระหว่างอีโก้ขั้นพื้นฐาน แต่เป็นคนละทิศทาง โดยภาวะวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาต่อภัยอันตรายทั้งภายในและภายนอก มีการใช้กลไกทางจิตในแบบสู้ (Fight) หรือหนี (Flight) แต่ในภาวะซึมเศร้าอีโก้จะดูเหมือนสยบนิ่ง (Paralyzed) ทำให้รู้สึกท้อดอาลัย

และหมดความภาคภูมิใจ ทฤษฎีอื่น ๆ ได้กล่าวถึง ความผูกพัน (Attachment) ระหว่างทารกกับ ผู้เลี้ยง (Love Object) โดยเชื่อว่าความเศร้าเกิดจากการขาดความรัก ไม่ได้รับความรัก หรือจากการ สูญเสียหรือจากพราก ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet Dependency Need) ทำให้เกิด ความล้มเหลวในการพัฒนาทางจิตใจและ โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนอง (Reaction) ต่อสภาพ ชีวิตที่คับแคบ เช่น การสูญเสียคนรัก การเจ็บป่วย ปัญหาการเงิน หรือปัญหาการงาน เป็นต้น

นอกจากนี้ ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (Interpersonal Interaction) หรือ สภาพสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคทางจิตต่าง ๆ รวมทั้ง โรคซึมเศร้า การเลี้ยงดูเอาใจใส่ อย่างพอเหมาะสมควร (Primary Narcissism) พัฒนาไปตามปกติ การขาดความรักความอบอุ่นในช่วงวัย เยาว์จะส่งผลให้ความเป็นตัวตน (Sense of Self) แตกสลายจึงหมดความภาคภูมิใจและรู้สึกซึมเศร้า การมีผู้บงการชีวิต (Dominant other) ซึ่งมักจะเป็นบิดามารดาหรือสามีภรรยา ซึ่งผู้บงการยัง พังพองในหลาย ๆ ด้าน เมื่อไม่ได้รับการยอมรับหรือเข้าใจจากบุคคลดังกล่าว หรือยึดมั่นกับแผนการ ชีวิตที่ไม่มีโอกาสเป็นจริง ทำให้ซึมเศร้า

2. สาเหตุจากมีความคิดแง่ลบ (Negative Cognitive) เกิดจากบุคคลมีความคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ในชีวิตในแง่ร้ายไปหมดทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่าคนเรา คิดอย่างไร ก็รู้สึกอย่างนั้น คือ มองตนเอง มองสังคมและมองอนาคตในแง่ลบ (Cognitive Triad) ดังนี้

มองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจหรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง

มองโลกหรือสังคมในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกกดขี่

บีบบังคับและถูกคาดหวังเรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ

มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลวและหนทางตัน หมดทางแก้ไข ซึ่งนำไปสู่ การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาน

3. สาเหตุแห่งพฤติกรรม (Behavioral Models) มีแนวคิด 2 แบบ คือ ภาวะซึมเศร้าเกิด จาก

3.1 ภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย (Learned Helplessness) หมดกำลังใจ ไม่สู้และหมด ความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า

3.2 ภาวะหมดกำลังใจ (No Position Reinforcement) เนื่องจากไม่เคยได้รับคำชมเชย รางวัล หรือสนับสนุนหรือประสบความสำเร็จใดๆเลย จึงขาดแรงจูงใจและขาดความมั่นใจ ทำให้ รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้ความสุข

4. สาเหตุทางชีวภาพ (Biological Models) โดยมีอิทธิพลของพันธุกรรมมาเกี่ยวข้อง ได้แก่

4.1 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) เช่น สารเอมีน (Biogenic Amine) หรือจอร์บประสาท (Receptors) ที่เชื่อมต่อปลายประสาท (Synapses) และตัวส่งข่าวที่สอง (Second Messengers) ของเซลล์สมองบริเวณลิมบิก (Limbic)

4.2 ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine) โดยเห็นจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษ จะมีความผิดปกติของอารมณ์ด้วยได้บ่อย ๆ

4.3 ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (Neurophysiology) โดยเกี่ยวข้องกับชีวภาพ เช่น คลื่นสมองขณะหลับ การตื่นตัวของสมองหรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลายโซเดียมและโพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาท การมีแคลเซียมในเซลล์ปริมาณสูงทำให้เป็นพิษต่อเซลล์ (Cytotoxic) อาจเกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์ผิดปกติ

ความเครียด ความคับแค้นใจ (Stress) จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น จากการสูญเสียหรือจากพรากชักนำให้มีความแปรปรวนของสมอง แสดงอาการของความวิตกกังวล (Anxiety) หรืออาการตื่นตระหนก ซึ่งนำไปสู่อาการทางกาย (Neurovegetatives) ของภาวะซึมเศร้า (Stress → Anxiety → Depression = SAD) นั่นคือ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มีเส้นทาง (Pathway) เดียวกัน

ลักษณะของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

กิลเลทท์ (Gillert, 1991, p. 19) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้

1. มีความรู้สึกที่ว่างเปล่า โดดเดี่ยว
2. ขาดความคิดสร้างสรรค์ เพราะคิดอะไรได้ช้า
3. ลำไส้บีบตัวได้น้อย ทำให้ท้องผูก
4. การเคลื่อนไหวช้า
5. กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก ไม่มีแรง
6. มีความรู้สึกผิด โทษตนเอง มีความผิดเล็กน้อย คิดว่ามีความผิดมาก
7. ตื่นเร็ว รู้สึกกระวนกระวาย รู้สึกว่าตนเองแย่งในตอนเช้า
8. ไม่ทำในสิ่งที่ตนเองชอบ เช่น เคยฟังเพลง จะไม่อยากฟัง
9. ขาดความทะเยอทะยาน ทำให้พฤติกรรมแย่ง
10. ความรู้สึกทางเพศลดลง หรือไม่มีความรู้สึกทางเพศ
11. รู้สึกหมดหวัง สิ้นหวัง
12. บางครั้งพยายามฆ่าตัวตาย

เบค (Beck, 1987 cited in Corey, 2001, pp. 315 - 317) กล่าวถึงพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าคือ ขาดความกระตือรือร้น ถอยหนีหรือหลีกเลี่ยง บุคคลจะบอกกับตนเองว่าเหนื่อยเกินกว่าที่จะทำอะไร มีความรู้สึกว่าได้ประโยชน์ในการที่จะกระตือรือร้น และรู้สึกว่าล้มเหลวทุกอย่าง ในสิ่งที่พยายามจะทำ

ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าแบ่งได้เป็น 3 ระดับ (Beck, 1967) คือ

1. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild Depression) คือ เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส อารมณ์เศร้า เหงาหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้เป็นบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ มักเปรียบเทียบกับตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจกับรูปลักษณ์ของตนเอง ความตั้งใจในการทำงานต่าง ๆ เริ่มลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่นหลับยากกว่าปกติ

2. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate Depression) ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ถึงแม้จะไม่สมบูรณ์นัก พฤติกรรมที่แสดงออกดังนี้

2.1 อารมณ์จะมีภาวะไม่สดชื่น เศร้าสร้อย หม่นหมอง ไม่มีความสุขในการทำงาน ต่างๆ มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีกำลัง เป็นคนไม่มีความสามารถ หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย บางคนมีความวิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่มี ความภูมิใจในตนเอง

2.2 กระบวนการความคิด จะมีความสนใจแคบ ไม่มีสมาธิ ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ คิดว่าตนเองเป็นคนที่ไม่มีความสุข ไม่มี ความหมายมีผลให้นอนไม่หลับ บางคนอาจต้องการฆ่าตัวตาย

2.3 ประสาทสัมผัสทางกาย มีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร แต่บางรายอาจจะแสดงอาการตรงกันข้าม คือ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้นไม่สนใจตัวเอง

2.4 การเคลื่อนไหว ท่าทาง และคำพูด การเคลื่อนไหวจะช้าลง ถ้าบุคคลผู้ที่มีความกระวนกระวายใจมาก จะมีความขี้คิดขี้ทำ การพูดจาลำบาก บางครั้งไม่พูดเลย ขาดความมั่นใจ

2.5 การเข้าสังคม ในระยะแรกเข้าสังคมอย่างเสียไม่ได้ และทั้งสังคมที่ละน้อย และจะสนใจตนเองมากขึ้น พยายามมองหาคุณค่าของตนเอง ถ้าไม่พบเริ่มไม่แน่ใจ สงสัยคุณค่าของตนเอง ขาดความนับถือตนเอง ไม่มี ความภาคภูมิใจในตนเอง จากนั้นบุคคลจะเลิกสนใจตนเอง ไม่ต้องการคบเพื่อน และละทิ้งสังคม

3. ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Severe Depression) เป็นภาวะที่บุคคลคนมีความเศร้าตลอดเวลา และเป็นอยู่นานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด เช่น รู้สึกไม่มีความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว แทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว บางรายอาจนั่งอยู่เฉย ๆ ทำเดิวนาน หรือ อาจผุดลุกผุดนั่ง การพูดจาเป็นไปอย่างเชื่องช้า เงียบซึม ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าระดับนี้จะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักจะถอนตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีความคิดที่จะพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากการหลงผิด หรือประสาทหลอน

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, 1961)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI สร้างขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ 1961 โดย เบค (Beck) ได้ขึ้นเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของวัยรุ่น และผู้ใหญ่ มีจำนวนคำถาม 21 ข้อ ใช้ในการวัดอาการ และระดับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และผู้ใหญ่ คำถามแต่ละข้อของ BDI จะประเมินอาการ หรือทัศนคติเฉพาะที่จะมีอยู่ในคนที่มีภาวะซึมเศร้า และอาการที่มีความสอดคล้องกับคำอธิบายถึงภาวะซึมเศร้าตามวรรณกรรมด้านจิตวิทยา แบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI นั้นถูกออกแบบมาเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีอคติทางทฤษฎีเข้าเกี่ยวข้อง ใช้ง่ายและประเมินซ้ำได้ การคิดคะแนน คำถามแต่ละข้อในแบบวัดจะสอดคล้องกับประเภทเฉพาะของอาการ และทัศนคติที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้า โดยแต่ละประเภทจะแสดงพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้า และประกอบด้วยข้อความที่ใช้ในการประเมินตนเอง 4 ข้อความ โดยข้อความจะถูกจัดตามลำดับ และน้ำหนักเพื่อแสดงให้เห็นถึงระดับความรุนแรงของอาการจากระดับปานกลางถึงระดับสูงสุด โดยแต่ละข้อความจะมีการกำหนดคะแนน 0, 1, 2 และ 3 เพื่อระบุถึงความรุนแรงของอาการเกณฑ์การ ตัดสินนั้นจะขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้รับการบำบัดที่ตอบแบบประเมินและเป้าหมายในการนำแบบประเมิน ไปใช้

ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เบค (Beck) มีการศึกษาเพื่อทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยจำนวน 38 คน โดยได้ทำแบบประเมินนี้ในโอกาสที่ต่างกัน 2 โอกาส โดยพบว่าการเปลี่ยนแปลงของคะแนน BDI นั้นจะเปลี่ยนไปตามการวินิจฉัยถึงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการรักษา ซึ่งให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน BDI และสถานะในการรักษาของผู้ป่วยโดยระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 ความคงที่ภายในของการศึกษาแสดงให้เห็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของข้อคำถามเท่ากับ .86 และค่าความเชื่อมั่น จากสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน-บราว (Spearman - Brown) ของ BDI มีสัมประสิทธิ์เท่ากับ .93

ความตรง (Validity) ในการประเมินความตรงของ BDI ต้องพิจารณาถึงความตรงที่มีอยู่แล้วของผู้ทำแบบประเมินจะเห็นได้ชัดเจนว่า แบบประเมิน BDI นั้นการทางจิตนั้นมีความใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า แต่ในขณะที่มีข้อดีมาก แต่ก็อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างทำการบิดเบือนผลการวัดได้ง่าย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า BDI มีความตรงในเชิงโครงสร้างสูง เพราะ BDI สามารถประเมินอาการ และทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าได้อย่างกว้างขวาง มีการศึกษาพิจารณาความตรง และแสดงให้เห็นว่าระหว่างแบบประเมินกับระดับอาการทางจิตนั้นมีสัมพันธที่ระดับ .77 โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษา เบค (Beck) ได้รายงานถึงการศึกษานี้ในลักษณะเดียวกันนี้โดยได้ ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ .65 และ .67 เมื่อเปรียบเทียบผลจาก BDI กับอาการทางจิตของผู้ป่วย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบรรทัดฐานประกอบด้วยคนไข้ที่มีอาการทางจิตทั้งคนไข้ในและจำนวน 226 คน ซึ่งแบบประเมิน BDI สามารถนำมาใช้ได้ในการทำงานวิจัย และการรักษา

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI) แบ่งระดับภาวะความซึมเศร้าออกได้ 6 ระดับดังนี้ (Beck, 2005)

- 1 – 10 คะแนน อยู่ในระดับปกติทั่ว (These ups and Downs are Considered Normal)
- 11 – 16 คะแนน มีอารมณ์เบี่ยงเบน ไปจากปกติเล็กน้อย (Mild Mood Disturbance)
- 17 – 20 คะแนน เข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้าในทางคลินิก (Borderline Clinical Depression)
- 21 – 30 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression)
- 31 – 40 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับสูง (Severe Depression)
- มากกว่า 40 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าสุดขีด (Extreme Depression)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบดังกล่าวมาแปลเป็นภาษาไทย และปรับข้อความให้มีความเหมาะสมกับผู้รับการทดลอง ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้คำแนะนำของประชาชน และกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์

ตามปกติแล้วการตั้งครรภ์เป็นการแสดงออกถึงบทบาทใหม่ของผู้หญิง ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก การปรับตัวที่จะต้องเป็นมารดาของหญิงสร้างความวิตกกังวลและความเครียดในระดับสูง ทำให้ระดับฮอร์โมนแอดรีนอลคอร์ติโคสเตอโรยด์ (Adrenal Corticosteroid) ในเลือดสูงขึ้น (ยูพิน เพียร์มกคล, 2537) และ Endocrine Factors จะทำให้รู้สึกหงุดหงิดง่าย อารมณ์ตึงเครียด โมโหฉุนเฉียวง่ายและเกิดอารมณ์เศร้า เข้าใจว่าเป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย และภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้กับหญิงจำนวนไม่น้อยที่ไม่แน่ใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์หรือไม่ต้องการครรภ์ กลัวการมีบุตร

กลัวการคลอ ดกลัวการเปลี่ยนแปลงของตนเองที่จะต้องเป็นแม่หรือกลัวการผันแปรเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของกลุ่มสมรส กังวลเกี่ยวกับเรื่องเศรษฐกิจและที่อยู่อาศัย (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533) การตั้งครรถ์เป็นภาวะที่เพิ่มความเครียดให้แก่หญิงตั้งครรถ์และครอบครัว โดยเฉพาะหญิงตั้งครรถ์ไม่พึงปรารถนาอันอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า สำหรับสาเหตุที่ทำให้หญิงตั้งครรถ์เกิดความซึมเศร้านั้น พอจะรวบรวมได้ดังต่อไปนี้

1. Self-Image ภาพพจน์แห่งตน การมีภาพลักษณ์ทางลบจะทำให้บุคคลไม่ประสบความสำเร็จในการคงไว้ซึ่งภาพพจน์แห่งตน เนื่องจากภาพพจน์แห่งตนนั้นจะมีความมั่นคงได้เมื่อได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น การมีภาพลักษณ์ในทางลบจะเป็นเหตุให้สังคมมีค่านิยมต่อบุคคลนั้นต่ำไปด้วย นั่นคือ การมีภาพลักษณ์ในทางลบจะก่อให้เกิดภาพพจน์แห่งตนในทางลบด้วยซึ่งมีผลทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจตามมา (คณินิจ อรุโรจน์, 2535) จะเห็นได้ว่าหญิงตั้งครรถ์มักจะวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ตลอดจนมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง ทางด้านร่างกาย และจิตใจ แล้วขาดการได้รับคำแนะนำ ขาดความรู้ ทำให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวลจนไม่มีความสุข (กรรณิการ์ กันชะรักษา, 2531) แม้ในตำนานสมัยก่อนพุทธกาล ครั้งพระนางมุสดีเทพอัปสรต้องมาจูดเป็นมารดาของพระเจ้าสันดร ได้ขอพรต่อท้าวสักกะพระสวามี 10 ประการ มีพร 2 ประการที่พระองค์ทรงขอในเวลาทรงครรถ์ คือ ประการแรก ขออย่าให้ครรถ์ของหม่อมฉันนูนปรากฏดังสตรีสามัญ ประการที่สอง ขอให้หม่อมฉันมีฉันทงามในเวลาทรงครรถ์ก็อย่ารู้ค่าและต่อไปก็อย่าให้หย่อนยาน (พระธรรมโกศาจารย์ราชบัณฑิต, 2528) จะเห็นได้ว่าการตั้งครรถ์จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมายซึ่งหญิงทั่วไปไม่พึงปรารถนา (กรรณิการ์ กันชะรักษา, 2531)

2. Superego สังคม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อต่างๆเกี่ยวกับการตั้งครรถ์ ก็เป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดความซึมเศร้า คือ โน้มน้ำวจิตใจให้หญิงตั้งครรถ์เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านภาพลักษณ์ สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความกดดันมากยิ่งขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นหญิงตั้งครรถ์ไม่พึงปรารถนามักจะได้รับการดูถูกเหยียดหยามจากสังคม โอกาสในการเลือกคู่สมรสจะหมดไปและการศึกษาสิ้นสุดลงในกรณีตั้งครรถ์ (พัชรินทร์ ไชยपाल, 2543) สังคมไทยเป็นสังคมที่เข้มงวดในเรื่องบรรทัดฐานทางเพศและการตั้งครรถ์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถูกกำหนดให้เป็นเรื่องภายในครอบครัวเท่านั้น ดังนั้นหากหญิงใดมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน การตั้งครรถ์นอกสมรสหรือการตั้งครรถ์โดยไม่มีบิดามักจะถือว่าเป็นพฤติกรรมที่สังคมรังเกียจหรือ ไม่ยอมรับ และมองว่าเป็นพฤติกรรมที่เยี่ยงเบน โดยมีสมาชิกในสังคมทำหน้าที่ประหัตประหารให้หญิงนั้น โดยวิธีต่าง ๆ นับตั้งแต่การติฉินนินทา กล่าวร้ายต่าง ๆ ไปจนกระทั่งประณามว่าเป็นหญิงไม่ดี ลำโสนทางเพศ กรอบพฤติกรรมที่สังคมกำหนดให้นี้ ถูกถ่ายทอดซ้ำ ๆ ผ่านการขัดเกลา และซึมซับเข้าสู่จิตใต้สำนึกของ

ผู้หญิง ดังนั้น ถ้าการตั้งครรภ์เกิดขึ้นกับหญิงซึ่งเพิ่มแยกทาง หย่าขาดจากสามีหรือเพื่อนชาย แทนที่จะรู้สึกยินดีหรือชื่นชมกับการตั้งครรภ์เหมือนหญิงทั่ว ๆ ไป กลับจะตกใจ กลัว วิตกกังวล และเป็นทุกข์มาก ซึ่งผู้หญิงเหล่านี้จะแสดงความรู้สึกออกมาด้วยคำพูดต่าง ๆ เช่น ซ็อก ตัวชา โลกมืด กลัวมีคนอื่นรู้และไม่สบายใจ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะจิตใต้สำนึกที่ยึดมั่นเป็นบรรทัดฐานทางเพศทำให้คิดว่าการตั้งครรภ์ของตนเองเป็นสิ่งไม่ถูกต้อง เป็นครรภ์ที่ไม่ได้สมรส หรือเป็นครรภ์นอกสมรส ผู้หญิงจะเกิดความรู้สึกไม่ยอมรับครรภ์ตนเอง และคิดว่าตนเองจะได้รับความเสียหายหากสังคมล่วงรู้ กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ผู้หญิงกลัวถูกประทัตตรา จากสังคมที่ตนเองมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานที่สังคมกำหนดไว้ และถือว่าการตั้งครรภ์ของตนเองต้องเป็นความลับ หรือจำเป็นต้องปกปิดเพื่อไม่ให้มีคนอื่นรู้ นอกจากนั้นแล้ว จากการศึกษาพบว่าแม้หญิงที่สมรสแล้ว หากคิดว่ายังไม่พร้อมที่จะมีบุตร หรือคิดว่ามีบุตรมากพอแล้วก็จะมีความรู้สึกตกใจ กังวลใจ และมีความรู้สึกไม่ต้องการบุตรเช่นกัน ในบางรายอาจมีการคาดหวังกับทารกในครรภ์มากเกินไป โดยเฉพาะการยึดมั่นกับความเชื่อสังคม เช่น บุตรคนแรกควรเป็นชาย สิ่งนี้จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา กลัวว่าจะไม่ได้ตามที่หวังไว้ และเด็กที่เกิดมาต้องมีบิดา ต้องเกิดจากการสมรสแล้วเท่านั้น ถึงจะได้รับการยอมรับ (สุชาดา รัชชกุล, 2541) จากรายงานของแพทย์ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่โกธและเกลียดบุตรในครรภ์ แต่เนื่องจากมีมโนธรรมสูง จึงเกิดความรู้สึกผิด (Guilty Feeling) จนถึงขั้นเศร้า เมื่อเศร้าก็กินน้อย เมื่อกินน้อยก็เกิดความรู้สึกว่ากำลังทำร้ายบุตรในครรภ์ ซึ่งบริสุทธิ์ไร้เดียงสาและไร้ซึ่งความผิด ภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่เดิมจึงรุนแรงขึ้น อาการซึมเศร้ายิ่งรุนแรงก็ยิ่งเบื่ออาหารและนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นอาการที่มีลักษณะเฉพาะของภาวะซึมเศร้า เมื่อเบื่ออาหารและนอนไม่หลับน้ำหนักลดลง ความรู้สึกผิดว่ากำลังทำร้ายเด็กในครรภ์ก็ยิ่งรุนแรงยิ่งขึ้นไปอีก จึงเป็นวนเวียนไม่รู้จักจบ ถ้าไม่รีบตัดวงจรนี้ อาจซึมเศร้าถึงขั้นฆ่าตัวตาย (สุพัฒนา เดชาตวงศ์ ณ อยุธยา, 2542)

3. Ego Ideal อุดมคติ ความหวัง ความปรารถนา หญิงตั้งครรภ์ทุกคนปรารถนาที่จะตั้งครรภ์หรือมีบุตรเมื่อพร้อม ไม่มีใครที่ปรารถนาที่จะมีบุตรเมื่อไม่พร้อม แต่เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความคาดหวังต่อตนเองในเรื่องการศึกษา ครอบครัวยุคใหม่ งาน มีอันต้องสะดุดหรือหยุดลง ก่อให้เกิดความเครียดอันนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด ซึ่งระดับความซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์นั้น จะแตกต่างกันตามความคาดหวังที่มีต่อตนเองของแต่ละคน (กรรณิการ์ กันชะรักษา, 2531) ตามปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ คือ

1. สภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งด้านรูปร่างและขนาด การเปลี่ยนแปลงนี้อาจก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่น ในระยะนี้มีความรู้สึกขัดแย้งระหว่างความต้องการที่จะพึ่งพาผู้อื่นกับความต้องการเป็นตัวของตนเอง (Dependence Versus Independence)

2. สภาพจิตใจก่อนการตั้งครรภ์และความสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น เนื่องจากการตั้งครรภ์ ก่อนตั้งครรภ์สภาพจิตใจอาจเข้มแข็ง เนื่องจากสามารถอยู่ในสังคมได้ อย่างเป็นปกติ การตั้งครรภ์ก่อให้เกิดความรู้สึกผิด สับสน จนไม่สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดั้งเดิม และความกดดันจากเรื่องต่างๆทำให้เกิดความซึมเศร้าได้ และในบางรายอาจไม่พอใจ ในเอกลักษณ์ ความเป็นผู้หญิงของตน (Feminine Identity) เมื่อตั้งครรภ์ทำให้รู้สึกคับข้องใจ

3. สภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบัน สภาพสมรส และความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส ตลอดจนจำนวนและบุตรในครอบครัว ในบางคนได้ตั้งมาตรฐานต่อตนเองในเรื่องต่างๆ ไว้สูง เมื่อตั้งครรภ์ขึ้นในสภาพเป็นอยู่ปัจจุบันที่ยังไม่พร้อมอาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ จนกลายเป็น ความซึมเศร้าได้ในที่สุด

4. การรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความรู้สึกหรือ สำนึกต่าง ๆ ในหญิงตั้งครรภ์ เช่น ความรู้สึกขัดแย้งในตนเองเกี่ยวกับการขาดอิสรภาพ ความคิด เปรียบเทียบตนเองกับมารดาหรือญาติพี่น้อง ความรู้สึกเกลียดชังสามี หรือความสำนึกเกี่ยวกับ หน้าที่ของการเป็นมารดา

5. การตั้งครรภ์ทำให้สถานภาพเศรษฐกิจของหญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลง โดยด้าน เศรษฐกิจนั้นต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทั้งค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับตัวหญิงมีครรภ์เอง และค่าใช้จ่ายในการ เตรียมพร้อมสำหรับทารก โดยเฉพาะที่เคยมีประสบการณ์มาจากการตั้งครรภ์ และการเลี้ยงดู ทำให้ยากจนลง

4. Ego-Function ทักษะความสามารถ บทบาท การทำงานและการปฏิบัติหน้าที่ของ หญิงตั้งครรภ์ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ย่อมเปลี่ยนแปลงไปจากระยะก่อนตั้งครรภ์ จากการสำรวจข้อมูล เบื้องต้นในการวิจัยของ พัทธรินทร์ ไชยपाल (2543) โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิดกับหญิงตั้งครรภ์ ไม่พึงปรารถนา ในสถานที่ให้บริการสังคมด้านที่พักรักษาตัวสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลซึ่งมีทั้งหมด 5 แห่ง จำนวน 60 คน ผลจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัย ได้ถามถึงปัญหาที่หญิงตั้งครรภ์ประสบ พบว่า มีรายประการด้วยกันสามารถจำแนกได้เป็น 3 ด้าน คือ

1. ปัญหาด้านร่างกาย ได้แก่ เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น ทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง เคลื่อนไหวได้ไม่สะดวกเหมือนก่อนการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในหญิงที่ร่างกายยังเจริญเติบโตเป็น วัยรุ่นไม่เต็มที่ หญิงตั้งครรภ์บางรายมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ รับประทานอาหารไม่ได้ หรือได้น้อย นอนไม่หลับ เหนื่อยและอ่อนเพลียง่าย ในหญิงที่มีโรคประจำตัวจะมีสุขภาพร่างกาย อ่อนแอลงเมื่อตั้งครรภ์

2. ด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกอับอาย หวาดระแวง เนื่องจากต้องปกปิด

ไม่กล้าและไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ถึงการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ตัวหญิงตั้งครรภ์เองก็ยังไม่สามารถทำใจยอมรับการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ได้ ไม่พร้อมที่จะรับบทบาทการเป็นมารดา ปฏิเสธบุตร ทำร้ายบุตรทั้งที่คลอดแล้วหรือยังอยู่ในครรภ์ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น คิดทำแท้ง ทำร้ายตนเองหรือคิดจะฆ่าตัวตาย เพื่อหนีปัญหา อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด โกรธง่าย เครียดจนรับประทานอาหารไม่ได้หรือนอนไม่หลับ รู้สึกไม่สบายใจ สับสน ร้องไห้ ท้อแท้ สิ้นหวัง วิตกกังวล กลัวการคลอด รู้สึกผิดบาปและไม่สามารถวางแผนเพื่อจัดการกับชีวิตในอนาคตของตนเองและบุตร

3. ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ฝ่ายชายหรือสามีไม่รับผิดชอบ ครอบครัวไม่ยอมรับ สังคมไม่ยอมรับ ต้องหยุดพักการเรียน ไม่สามารถประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตนเองได้ หรือต้องลาออกจากงานประจำที่ทำอยู่ ทำให้มีปัญหาการเงิน ขาดที่พักพิงอาศัยในระหว่างมีการตั้งครรภ์ ระหว่างคลอดและระยะหลังคลอดและขาดที่ปรึกษาที่ดี

จะเห็นได้ว่าเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาแล้วย่อมมีผลกระทบมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่พึงปรารถนา หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ หน้าที่การงาน เศรษฐกิจและสังคม ที่หญิงตั้งครรภ์ต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องภาวะซึมเศร้า

งานวิจัยในประเทศ

กาญจนา แซ่ลิ้ม (2546) ได้ศึกษาภาพลักษณ์และภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์พึงปรารถนาและไม่พึงปรารถนาที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อไปหรือยุติการตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตั้งครรภ์พึงปรารถนามีความซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยกลุ่มหญิงตั้งครรภ์พึงปรารถนามีคะแนนความซึมเศร้าจัดอยู่ใน ระดับไม่มีหรือมีอาการซึมเศร้าน้อยมาก สำหรับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนามีคะแนนความซึมเศร้าในระดับเศร้าปานกลางหรือรุนแรง สำหรับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา พบว่า กลุ่มที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อไปมีคะแนนความซึมเศร้าน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเทียบกับกลุ่มตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาและการตัดสินใจทำแท้ง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ของ สุชาดา รัชชกุล (2541) ได้ศึกษาการ ได้ข้อสรุปเชิงทฤษฎีจากผลการวิจัยเกี่ยวข้องกับ การรับรู้ ความขัดแย้งในบทบาท การพิจารณาผลดีผลเสียของการตั้งครรภ์เพื่อยินยอมการตั้งครรภ์ ดังนี้ หากการตั้งครรภ์นั้นเกิดจากรรภ์ที่ตั้งใจ กล่าวคือ เป็นการตั้งครรภ์ที่ผู้หญิงได้วางแผนหรือมีความรู้สึกว่าจะพร้อมที่จะมีบุตรแล้ว การตั้งครรภ์โดยตั้งใจนี้จะนำไปสู่ความรู้สึกไม่ขัดแย้งกับบทบาทที่สังคมกำหนดให้ ตรงข้ามข้ามกับการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้ตั้งใจ ซึ่งเป็นการตั้งครรภ์ที่ผู้หญิงไม่ได้

วางแผนหรือคาดคิดมาก่อนว่าจะเกิดขึ้น ดังนั้นความรู้สึกที่เกิดตามมาภายหลังจึงเป็นไปในลักษณะความรู้สึกขัดแย้งกับบทบาทที่สังคมกำหนดให้

ความรู้สึกขัดแย้งหรือไม่ขัดแย้งกับบทบาทที่สังคมกำหนดให้ ความรู้สึกนี้จะมีมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับผู้หญิงแต่ละคน ซึ่งโดยมากบรรทัดฐานสังคม (Super - Ego) จะครอบงำความคิด ความรู้สึกของผู้หญิงไว้เป็นส่วนใหญ่ เพราะในสังคมไทยผู้หญิงจะได้รับการปลูกฝังและขัดเกลามาตั้งแต่เล็กจนเติบโตให้มีความคิดความเชื่อในบรรทัดฐานเกี่ยวกับเรื่องเพศและบรรทัดฐานเกี่ยวกับความเป็นแม่ กล่าวคือบรรทัดฐานเกี่ยวกับเรื่องเพศ สังคมจะควบคุมพฤติกรรมทางเพศไปจนถึงการแสดงออกทางเพศในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะความสัมพันธ์ทางเพศในผู้หญิง จะได้รับการกำหนดให้อยู่ภายใต้สถาบันครอบครัวเท่านั้น ดังนั้นพฤติกรรมทางเพศใด ๆ ที่นอกเหนือจากระบบครอบครัวแล้ว ไม่ว่าจะเป็นการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน การตั้งครรภ์นอกสมรส สังคมจะถือว่าเป็นพฤติกรรมเสียหายและละเมิดต่อบรรทัดฐานสังคม หากมีการละเมิดเกิดขึ้นสังคมจะลงโทษด้วยวิธีต่าง ๆ นับตั้งแต่การตักเตือน การประณาม ไปจนกระทั่งการลงโทษตามกฎหมาย มีผลทำให้ผู้หญิงรู้สึกกลัวต่อบทลงโทษทางสังคมจนไม่กล้าละเมิดต่อสิ่งที่สังคมกำหนดให้ ในทางตรงกันข้ามกับพฤติกรรมทางเพศในลักษณะเช่นเดียวกันนี้ของผู้ชายจะได้รับการยอมรับจากสังคมและถือว่าเป็นปกติของผู้ชาย

ส่วนบรรทัดฐานความเป็นแม่ สังคมได้ทำการจัดระเบียบโดยกำหนดให้เป็นบทบาทและหน้าที่สำคัญของผู้หญิงที่ต้องรับผิดชอบ ในการเลี้ยงดูและอบรมบุตรตั้งแต่เกิดจนเจริญเติบโตสังคมได้มอบหมายบทบาทหน้าที่นี้ให้ผู้หญิงเป็นฝ่ายแบกรับภาระ โดยที่สังคมไม่ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้ชายที่ควรมีส่วนรับภาระหน้าที่นี้ด้วย กล่าวอีกนัยหนึ่งคือสังคม ทำให้เกิดระบบความไม่เสมอภาคทางเพศระหว่างชายหญิง โดยกลไกผ่านบรรทัดฐานเรื่องเพศและบรรทัดฐานความเป็นแม่มาเป็นเวลาหลายชั่วอายุคน และยังคงดำรงสภาพความไม่เสมอภาคทางเพศระหว่างชายหญิงจนถึงปัจจุบัน

พฤติกรรมทางเพศและความเป็นแม่ที่สังคมกำหนดให้เป็นบทบาทสำคัญของผู้หญิงซึ่งถูกถ่ายทอดและปลูกฝังผ่านกระบวนการขัดกลาทางสังคมมาเป็นเวลาช้านาน จนทำให้บรรทัดฐานดังกล่าวนี้มีอิทธิพลควบคุมจิตใจ ทำให้ผู้หญิงส่วนใหญ่ยอมรับและยึดถือเป็นภาพอุดมคติของผู้หญิงดีหรือผู้หญิงปกติทั่วไปพึงประพฤติปฏิบัติ รวมทั้งคาดหวังให้ผู้หญิงอื่นยึดถือปฏิบัติด้วย ดังนั้น เมื่อเกิดการตั้งครรรค์ขึ้น และผู้หญิงพิจารณาว่าครรรค์ที่เกิดขึ้นไม่สอดคล้องกับบทบาทที่สังคมกำหนดให้ ไม่ว่าจะจากความไม่พร้อมที่จะรับผิดชอบอีกชีวิตหนึ่งที่เกิดขึ้นมา หรือมีสถานภาพขัดแย้งกับสิ่งที่สังคมกำหนดไว้ ไม่ว่าจะเป็นการตั้งครรรค์นอกสมรส การตั้งครรรค์ขณะยังเป็นนักเรียนนักศึกษา หรือการตั้งครรรค์โดยไม่มีฝ่ายชายรับรองความเป็นบิดา สภาพความจริงเหล่านี้ย่อมทำให้

ผู้หญิงเกิดความรู้สึกขัดแย้งและสับสนกับบทบาทที่สังคมกำหนดให้ และนำไปสู่การพิจารณาผลดีและผลเสียจากการตั้งครรภ์

การพิจารณาผลดีและผลเสียจากการตั้งครรภ์ของตนเอง เป็นการคาดหมายถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ หากผู้หญิงคาดหมายว่าสามีและสมาชิกในครอบครัวจะดีใจ และมีความชื่นชมยินดีต่อการตั้งครรภ์ของตนเอง ผู้หญิงจะเกิดความรู้สึกพึงพอใจและภาคภูมิใจตลอดจนพร้อมที่จะทำหน้าที่บทบาทความเป็นแม่ตามที่สังคมคาดหวัง ตรงกันข้ามหากผู้หญิงคาดหมายว่าการตั้งครรภ์จะก่อให้เกิดปัญหาตามมา ไม่ว่าจะเป็นได้รับความอับอายจากสังคมตราหน้าว่าเป็นหญิงไม่ดี เพราะมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสจนทำให้เกิดการตั้งครรภ์นอกสมรสหรือตั้งครรภ์ไม่มีบิดา และยังทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องผิดหวังเสียใจและอับอายจากพฤติกรรมตนเองด้วย นอกจากนี้แล้วปัญหาด้านเศรษฐกิจเป็นสิ่งที่ผู้หญิงจะต้องนำมาคิดพิจารณาด้วย เพราะการมีบุตรย่อมหมายถึงภาระหน้าที่ความรับผิดชอบที่ผู้หญิงจะต้องผูกพันต่ออีกชีวิตหนึ่งไปเป็นระยะเวลายาวนาน นับแต่ตั้งครรภ์ไปจนถึงเจริญเติบโตเป็นใหญ่ ภาระหน้าที่ของความเป็นแม่ที่สังคมให้ไม่เพียงแต่การทำหน้าที่เลี้ยงดูอบรมให้บุตรเจริญเติบโตเท่านั้น แต่หมายถึง ภาระรับผิดชอบในด้านการเงินที่ต้องใช้จ่ายเป็นค่าเลี้ยงดูต่าง ๆ นับตั้งแต่ ค่านม ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม ค่ารักษาโรค และค่าใช้จ่ายในการศึกษา ในขณะที่การตั้งครรภ์และการทำหน้าที่เลี้ยงดูบุตรเหล่านี้อาจส่งผลกระทบทำให้ผู้หญิงขาดโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน การคาดหมายผลที่จะได้รับเช่นนี้ย่อมทำให้น้ำหนักผลเสียของการตั้งครรภ์มีมากกว่าผลดี การพิจารณาถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ของผู้หญิงจะกลายเป็นเงื่อนไขของการนิยามตั้งครรภ์ของตนเองต่อไป

การนิยามการตั้งครรภ์ การนิยามหรือการให้ความหมายการตั้งครรภ์ของผู้หญิงจะผันแปรไปตามการพิจารณาถึงผลดีและผลเสียที่จะเกิดจากการตั้งครรภ์ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น กล่าวคือ หากผู้หญิงวางน้ำหนักของการตั้งครรภ์ว่าจะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าเสีย ผู้หญิงจะนิยามการตั้งครรภ์ของตนเองว่าเป็นครรภ์ที่พึงปรารถนา ซึ่งการพิจารณาถึงผลดีนี้ผู้หญิงจะประเมินจากปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะการได้รับการยอมรับทั้งจากสามีและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งการพิจารณาว่าสภาพการตั้งครรภ์ของตนเองสอดคล้องกับระเบียบสังคมกำหนดไว้ โดยเฉพาะปฏิกิริยาจากสามีหรือฝ่ายชายจะเป็นสิ่งสำคัญที่สุด หากสามีหรือฝ่ายชายยอมรับบุตรในครรภ์ ผู้หญิงมีแนวโน้มสูงที่จะนิยามการตั้งครรภ์ของตนเองว่าเป็นครรภ์ที่พึงปรารถนา อย่างไรก็ตามหากผู้หญิงพิจารณาว่าสถานการณ์การตั้งครรภ์ของตนเอง ไม่สอดคล้องกับระเบียบแบบแผนสังคมกำหนดไว้การตั้งครรภ์ต่อไปหมายความว่าผู้หญิงจะต้องได้รับความเสียหาย ดังนั้นแม้สามีหรือฝ่ายชายจะยอมรับบุตรในครรภ์ก็ตาม ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับครรภ์ของตนเองเป็นไปได้อย่างสูง และส่งผลให้ผู้หญิงนิยามการตั้งครรภ์ของตนเองว่าเป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา

กล่าวโดยสรุปว่า การกำหนดความหมายการตั้งครรภ์ของผู้หญิงว่าเป็นครรภ์พึงปรารถนาขึ้นอยู่กับ การยอมรับของสามีและสถานภาพของผู้หญิงเป็นสำคัญ

งานวิจัยต่างประเทศ

จากการศึกษาของ ออร์วาราโด และคณะ (Alvorado et al., 1993, pp. 135-14) เกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้าผิดปกติในระยะตั้งครรภ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ 125 ราย จากคลินิกในเมือง 2 แห่งและคลินิกในชนบทอีก 1 แห่งพบว่า 20% มีภาวะซึมเศร้าผิดปกติ ปัจจัย 3 ประการ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1. การตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา 2. ความไม่พอใจใน สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และ 3. พื้นฐานส่วนบุคคลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องการศึกษา ของ คิตามูระ ชูกาวารา โทตะ และ ชิมา (Kitamura, Sugawara, Sugawara, Toda, & Shima, 1996, pp. 732 - 738) ศึกษาภาวะจิตสังคมเกี่ยวกับความซึมเศร้าในช่วงต้นของการตั้งครรภ์ ความรู้พื้นฐาน คือ ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ วิธีการคือ ศึกษาหญิง ตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลจำนวน 1,329 ราย ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม Zung 's Self - rating Depression Score (SDS) เปรียบเทียบกลุ่มที่มีค่า SDS สูง (มากกว่า 49) จำนวน 179 ราย กับกลุ่มที่มีคะแนนน้อยกว่า 38 จำนวน 343 ราย ผลการศึกษาพบว่า ทัศนศึกษาที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ เป็นการคลอดครั้งแรก คลื่นไส้ อาเจียนมากขึ้น เบื่ออาหาร กำพรั บิดามาก่อน มารดาดูแลน้อยหรือได้รับการปกป้องจากบิดามากเกินไป มีจิตสำนึกต่อสังคมสูง สูบบุหรี่จัด ไข้ระหว่างตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาทั้งสามีและตนเองมีการตอบสนอง ทางลบต่อการตั้งครรภ์ สัมพันธภาพกับสามีไม่ดีและกำลังจะแต่งงานใหม่ สรุป สาเหตุส่วนใหญ่ ของภาวะซึมเศร้าในช่วงต้นของการตั้งครรภ์มาจากปัจจัยทางจิตสังคม คิตามูระ และคณะ (Kitamura et al., 1998) ได้ทำการศึกษา เรื่องการสนับสนุนทางสังคมและการตั้งครรภ์ความสัมพันธ์ กับอาการซึมเศร้าในกลุ่มหญิงชาวญี่ปุ่น จากแบบสอบถามในกลุ่มหญิง 1,329 รายที่ตั้งครรภ์ใน ไตรมาสแรกทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่สามีสนับสนุนและกลุ่มตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา (เรียกว่ากลุ่ม เครียด) มีค่าคะแนนสูงในส่วนของสเกลย่อยการรบกวนการรับรู้และเข้าใจ (Cognitive Disturbance) ในเครื่องมือวัดความวิตกกังวลของซุง (Zung 's Self - rating Depression Score SDS) ขณะที่เฉพาะ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาแสดงค่าผล Dysphoric Mood สูง ในสเกลย่อย SDS อย่างไรก็ตามไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มสามีสนับสนุนและตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา ดังนั้นผลของ การสนับสนุนทางสังคมจากสามีต่อคะแนน การรบกวนความรู้ความเข้าใจจึงไม่ใช่แค่กันชนแต่เป็น ผลกระทบหลัก ที่ายสุดจากการสรุปด้วย Multiple Regression แสดงว่าอาการ Dysphoric Mood ขึ้นอยู่กับการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา จิตสำนึกต่อสังคม และการปกป้องมากเกินไปจากมารดา บิดาลดการดูแล มีรายได้รายปีต่ำ มีจิตสำนึกส่วนตัวในระดับต่ำและสูบบุหรี่ งานวิจัยนี้เสนอว่า

การสนับสนุนจากสามีสำหรับหญิงตั้งครรภ์มีผลกระทบเพียงแค่การลดการรับรู้และเข้าใจ และสำหรับอาการที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ นั้นเกิดจากปัจจัยทางจิตวิทยา

จากการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ไม่เพียงปรารถนา ผู้วิจัยพบว่า การตั้งครรภ์ไม่เพียงปรารถนา ทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งในบทบาทที่สังคมกำหนด ความคิดและความรู้สึกถูกกำหนดด้วย บรรทัดฐานของสังคม หากหญิงใดมีพฤติกรรมที่เสียหาย เช่น การตั้งครรภ์ก่อนการสมรส การตั้งครรภ์โดยไม่มีบิดารับผิดชอบ ถือว่าเป็นการละเมิดต่อบรรทัดฐาน ของสังคม และจะถูกสังคมลงโทษ เช่น การติฉินนินทา การประณาม จนกระทั่งถูกกฎหมายลงโทษ หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เพียงปรารถนาเมื่อตัดสินใจที่จะดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไป หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ เช่น การเลี้ยงดูทารก การรับผิดชอบจากบิดา ภาวะที่เปลี่ยนไปของหญิงตั้งครรภ์ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า จากงานวิจัยที่ศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ไม่เพียงปรารถนาในครรภ์ จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าหญิงตั้งครรภ์เพียงปรารถนา

หญิงตั้งครรภ์ไม่เพียงปรารถนา

ความหมายของหญิงตั้งครรภ์ไม่เพียงปรารถนา

เพ็ญศรี จงสถิตเสถียร และศุภมาส เศรษฐพงษ์กุล (2540) อธิบายว่า การตั้งครรภ์ไม่เพียงปรารถนา หมายถึง ความไม่พร้อมที่หญิงจะเตรียมรับสภาพการเป็นมารดา ที่มีภาระต้องเลี้ยงดูบุตร ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่มีความซับซ้อน สามารถเกิดขึ้นกับทุกกลุ่มได้เกี่ยวข้องกับ กระบวนการและกลไกทางสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยตรงคือความผิดพลาดของการใช้วิธีคุมกำเนิด

ตรึงเนตร พรรณดวงเนตร (2538) อธิบายว่า การตั้งครรภ์ไม่เพียงปรารถนา เป็นปัญหาจากการตั้งครรภ์นั้น ไม่ตรงกับความคาดหวัง ไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใด และจำเป็นต้องมีทางที่เหมาะสม ไม่ใช่เฉพาะส่วนหนึ่งส่วนใดของสังคมต้องรับผิดชอบปัญหาดังกล่าว แต่ทุกส่วนในสังคมต้องเกี่ยวข้องร่วมกับรับผิดชอบ

ลอนโดโน (Londono, 1989) ได้ให้ความหมายของการตั้งครรภ์ไม่เพียงปรารถนาว่า หมายถึงการตั้งครรภ์ที่ผู้หญิงไม่ต้องการให้เกิดขึ้น เนื่องจากไม่พร้อมที่จะเป็นมารดาหรือไม่ต้องการมีบุตร หรือเมื่อเกิดการตั้งครรภ์แล้วไม่ต้องการให้เกิดขึ้น เนื่องจากไม่พร้อมที่จะเป็นมารดาหรือไม่ต้องการบุตร หรือเมื่อเกิดการตั้งครรภ์แล้วไม่ต้องการให้การตั้งครรภ์นั้นดำเนินต่อไปจนตลอด ส่วนใหญ่การตั้งครรภ์ไม่เพียงปรารถนานั้นมักเกิดจากการที่หญิงตั้งครรภ์แล้ว แต่ต่อมาประสบกับปัญหาหรือมีเหตุการณ์แทรกซ้อนอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้นดังต่อไปนี้

1. สามีหรือคู่รักเสียชีวิตกะทันหัน
2. เกิดการหย่าร้างหรือแยกกันอยู่กับสามี
3. เกิดภาวะเจ็บป่วยรุนแรงภายในครอบครัว เช่น ตนเอง บุตร สามี พ่อแม่ หรือ บุคคลสำคัญในครอบครัว และจำเป็นต้องพึ่งพาหญิงตั้งครรภ์อย่างมาก
4. เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์หรือเผชิญกับสภาพความกดดันทางอารมณ์สูง
5. ขาดแคลนแหล่งช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ
6. กำลังประสบความสำเร็จในชีวิตหรือมีโอกาสดำเนินงานในอาชีพการงาน
7. ประสบปัญหาทางกฎหมายหรือสถานการณ์ที่คุกคามรุนแรง ต่อสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง

การตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาไม่เพียงแต่เป็นเรื่องที่มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจและความรู้สึกต่อผู้หญิงอย่างสูงสุดเท่านั้น ยังเป็นเรื่องที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตหรือวิถีชีวิตของคน ๆ หนึ่งโดยสิ้นเชิง ในทางการแพทย์มองว่าการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา เป็นภาวะเสี่ยงประเภทหนึ่ง ทั้งนี้เพราะหญิงเหล่านี้ จะทราบอย่างชัดเจนว่าตนเองไม่ต้องการบุตรอย่างแน่นอนต่อเมื่อปล่อยให้อายุครรภ์มากแล้ว ซึ่งจะทำให้การทำแท้งอยู่ในสภาพที่เสี่ยงอันตรายต่อชีวิตค่อนข้างสูง หรือหากตัดสินใจที่จะตั้งครรภ์ต่อไป การไปโรงพยาบาลเพื่อฝากครรภ์ก็ค่อนข้างล่าช้า ทำให้หญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องตั้งแต่ทารกเริ่มการปฏิสนธิ ทำให้เสี่ยงต่อภาวะตายของมารดาและทารกในเวลาต่อมาได้สูง

เคแบบ (Kabir, 1989) ได้ศึกษา หญิงที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาในประเทศกำลังพัฒนาจะมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. หญิงวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และไม่รู้จักวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์
2. หญิงสมรสแล้วและมีบุตรหลายคน
3. หญิงสมรสแล้วและวางแผนการเว้นระยะห่างการมีบุตรแต่ไม่ได้รับความร่วมมือจากสามี
4. การใช้วิธีคุมกำเนิดล้มเหลว
5. มีการศึกษาน้อย โดยเฉพาะไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิด
6. มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ และอพยพมาอยู่ในเมืองเพื่อหางานทำ
7. มีสถานที่ให้บริการทำแท้งน้อย หรืออัตราค่าบริการในการทำแท้งค่อนข้างสูง
8. อยู่ในสังคมที่มีค่านิยมและวัฒนธรรมไม่ยอมรับการตั้งครรภ์นอกสมรส
9. อยู่ในสภาพแวดล้อมที่กดดันให้ต้องทำแท้งจากการถูกวิพากษ์วิจารณ์ หรือติฉินนินทาหรือถูกปฏิเสธจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนฝูงและจากสังคม

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา หมายถึง ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ซึ่งเป็นครรภ์แรก โดยจดทะเบียนสมรสหรือไม่จดทะเบียนสมรสกับบิดาของบุตรในครรภ์ โดยเป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ไม่พร้อมที่จะเป็นมารดา ทำให้การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนา

ประเภทของการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา

การตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา สามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเภท คือ
(ตรึงเนตร พรรณดวงเนตร, 2538, หน้า 23 - 24)

1. การตั้งครรภ์นอกสมรส หรือยังไม่ได้จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน มีลักษณะอยู่ด้วยกันหรือแยกกันอยู่ หรือพบปะเพียงชั่วคราว หรือลักลอบได้เสียกัน นอกจากนี้ยังเป็นตั้งครรภ์กับชายที่เคยสมรสกัน แต่หย่าถูกต้องตามกฎหมายแล้ว

2. การตั้งครรภ์ในสมรส หรือจดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย เป็นการตั้งครรภ์กับชายที่มีการสมรสกันถูกต้องตามกฎหมาย

3. การตั้งครรภ์กรณีอื่น ๆ เช่น การถูกข่มขืนกระทำชำเรา การตั้งครรภ์กับบุคคลร่วมสายโลหิต (Incest) การตั้งครรภ์จากการประกอบอาชีพ ได้แก่ หญิงขายบริการทางเพศ เป็นต้น

สาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา

1. ค่านิยมและบรรทัดฐานทางเพศของสังคม โดยทั่วไปแล้วเมื่อมีการอภิปรายหรือโต้แย้งเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา มักจะพูในประเด็นแง่กฎหมาย เศรษฐกิจการแพทย์ และจริยธรรมเป็นส่วนใหญ่ โดยมองข้ามความเป็นจริงว่าการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาเป็นผลมาจากความล้มเหลวทางสังคม (นภาภรณ์ หะวานนท์, 2538) จากค่านิยมและบรรทัดฐานทางเพศที่ปลูกฝังให้คนในสังคมมีความเชื่อ และยอมรับว่าเพศหญิงต้องอยู่ภายใต้อำนาจของเพศชาย ทั้งแง่การศึกษา การเมือง หน้าที่การงาน และความสัมพันธ์ทางเพศสภาพสังคมที่มีค่านิยมยอมรับมาตรฐานซ้อนทางเพศและยึดถือพรหมจรรย์ของเพศหญิงเป็นเรื่องสำคัญเหล่านี้ หากหญิงใดมีพฤติกรรมที่ละเมิดค่านิยมหรือบรรทัดฐานดังกล่าว ข่อมส่งผลให้การตั้งครรภ์ให้การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นเป็นครรภ์ไม่พึงปรารถนา ได้ง่ายขึ้น (Ira, 1960; Edwin, 1978; Pinotti & Faundes, 1989)

2. ข้อบกพร่องของการคุมกำเนิดและระบบการบริการวางแผนครอบครัว ผู้หญิงส่วนใหญ่ต้องการจำกัดจำนวนบุตรและเว้นระยะห่างของการมีบุตร แต่ไม่ได้ใช้วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ เพราะมีความกลัวต่อเทคโนโลยีและวิทยาการที่ทันสมัย เนื่องจากพบว่าวิธีการคุมกำเนิด ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ มีผลข้างเคียงมากเกินไปทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับ หรืออาจเดินทางไปรับบริการไม่สะดวก อีกทั้งบางสังคมไม่ได้รับความยินยอมจากสามีและครอบครัว หรือขาดข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด ดังนั้นในทางปฏิบัติเมื่อผู้หญิงต้องการเว้น

ระบะการมีบุตรหรือต้องการทิ้งระยะเวลาไม่มีบุตรให้เนิ่นนานออกไป จะประสบกับปัญหาในการตัดสินใจว่าหากใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบตามธรรมชาติ โดยการนับระยะเวลาปลอดภัย

(Safety Period) ก็จะต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์และการปฏิเสธความร่วมมือจากสามี และนำไปสู่การตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาได้ในที่สุด หากใช้วิธีคุมกำเนิดแบบยาคุมกำเนิด (Pill) หรือการใส่ห่วงอนามัย (IUD) ก็จะต้องเสี่ยงต่อผลข้างเคียงจากการใช้วิธีคุมกำเนิดดังกล่าว อีกทั้งต้องเสียเวลาเดินทางเพื่อไปขอรับบริการที่หน่วยวางแผนครอบครัวด้วย (Rochart, 1978; Sai & Nassim, 1989)

3. การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่ถูกต้องและเพียงพอ แม้ว่าวิทยาการทางการแพทย์จะก้าวหน้าทันสมัยในการผลิตวิธีคุมกำเนิดทุกแบบก็มีผลข้างเคียงต่อผู้ใช้บ้างไม่มากก็น้อย ดังนั้นเมื่อผู้หญิงประสบปัญหาเกี่ยวกับผลข้างเคียงจึงทำให้เกิดความกลัวและล้มเลิกการใช้ โดยไม่ได้ปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญเพื่อเปลี่ยนวิธีการใช้ใหม่ ขณะเดียวกันก็ไม่อยู่ในสภาพที่มีอำนาจต่อรองหรือปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับสามีได้ (Sai & Nassim, 1989) และทำให้เป็นสาเหตุหนึ่งของการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา

4. การขาดความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเรื่องเพศศึกษา ไพนอตติ และ ฟาวด์เดส (Pinotti & Faundes, 1989) กล่าวเกี่ยวกับเรื่องนี้ว่า เป็นความล้มเหลวของสังคมในการกีดกันผู้หญิงไม่ให้รู้จักวิธีการหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับร่างกายตนเอง การมีเพศสัมพันธ์ภาวะเจริญพันธุ์ และคุมกำเนิด ตลอดทั้งเป็นความล้มเหลวของครอบครัวและโรงเรียนในการให้ความรู้แก่วัยรุ่นก้าวเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ โดยปราศจากความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกายตนเอง หรือกลัวร่างกายตนเองแล้ว จะเป็นสิ่งที่ยากต่อการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจในวิธีการควบคุมการเจริญพันธุ์ของตนเองได้ นอกจากนั้นแล้วความไม่รู้หรือรู้เพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับเรื่องเพศและธรรมชาติทางเพศ จึงนำไปสู่ความไม่รู้ว่าเมื่อใดจึงจะตั้งครรภ์และทำอะไรจึงทำให้ไม่เกิดการตั้งครรภ์ รวมทั้งไม่รู้จักวิธีการหลีกเลี่ยงและปกป้องตนเองไม่ให้ถูกเอาเปรียบทางเพศจากฝ่ายชาย

5. ขาดแหล่งข้อมูลข่าวสารและหน่วยบริการให้คำปรึกษาช่วยเหลือ ในปัจจุบันพบว่าเมื่อผู้หญิงมีปัญหาทางด้านสุขภาพ หรือต้องการใช้บริการเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวเท่านั้น เพราะระบบการให้บริการทางสุขภาพของรัฐยังไม่ชัดเจนหรือมีมากเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่ได้ให้ความสำคัญแก่ หญิงวัยรุ่นที่เป็นวัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์โดยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์มากที่สุด (Hardy, 1989) การขาดแหล่งข้อมูลข่าวสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องเกี่ยวกับเพศ รวมทั้งค่านิยมของสังคมที่ยึดถือว่าวัยรุ่นยังไม่สมควรเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ ทำให้วัยรุ่นไม่กล้าเข้าขอรับปรึกษาในหน่วยวางแผนครอบครัว ทำให้การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

ผลกระทบจากการตั้งครรถ์ไม่พึงปรารถนา

ภาวะวิกฤตช่วงหนึ่งของชีวิตผู้หญิงที่ถือว่าได้รับแรงกดดัน ทั้งจากภายในและภายนอกมากที่สุดคือ การตั้งครรถ์ในโอกาสที่ไม่เหมาะสม หรือการตั้งครรถ์ขณะที่ตนเองไม่พร้อม ไม่ว่าจะการตั้งครรถ์นั้นจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม หญิงตั้งครรถ์จะมีทางเลือกเพียง 2 ทาง คือการตั้งครรถ์ต่อไปจนคลอด หรือการทำแท้ง ซึ่งทั้ง 2 ทางล้วนแต่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดให้แก่หญิงตั้งครรถ์ที่ไม่ได้เตรียมจิตใจและร่างกายให้พร้อมก่อนการตั้งครรถ์

หากหญิงตั้งครรถ์ที่จะปล่อยให้ครรถ์ดำเนินต่อไปจนคลอด ย่อมก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจตามมาจากภาระต้องรับเลี้ยงบุตรเพิ่มขึ้น หากเป็นหญิงโสดยิ่งประสบปัญหาตั้งแต่เริ่มตั้งครรถ์ไปจนกระทั่งคลอด กล่าวคือหากยังอยู่ในวัยเรียนก็ต้องออกจากสถาบันการศึกษา เนื่องจากสถาบันศึกษาเนื่องจากสถาบันการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ยินยอมให้ผู้หญิงตั้งครรถ์ขณะเรียนแม้แต่หญิงที่ทำงานแล้วก็ต้องออกจากงานหรือเปลี่ยนงาน เนื่องจากการตั้งครรถ์ทำให้ทำงานไม่สะดวกและเต็มที่ นายจ้างมักจะให้พนักงาน จึงทำให้ขาดรายได้ หรือแม้กระทั่งขณะตั้งครรถ์จนคลอดบุตรก็จำเป็นต้องใช้เงินในการดูแลครรถ์และคลอดบุตร กล่าวได้ว่าปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัญหาใหญ่ของการตั้งครรถ์ที่ผู้หญิงทุกคนจะคำนึงถึงอย่างมาก (Affred, 1963, p. 307) ประการสำคัญคือ สังคมไม่ยอมรับหญิงตั้งครรถ์นอกสมรส การตั้งครรถ์ต่อไปจึงหมายความว่าต้องอดทนต่อคำติฉินนินทา และการดูถูกศักดิ์ศรีจากคนรอบข้าง ส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล หดหู่ เศร้าหมอง ท้อแท้ ผิดหวังและขาดการยอมรับจากสังคมอีกทั้งทำให้เกิดความอับอาย ทั้งตนเองและครอบครัว ภายหลังจากคลอดบุตรแล้วอาจทำให้กลายเป็นคนที่ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ซึมเศร้าและมีบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสม นอกจากนั้นแล้วหากพิจารณาถึงเด็กที่เกิดมาซึ่งได้ชื่อว่าเป็นเด็กที่ไม่พึงปรารถนาของผู้เป็นมารดาด้วย และส่งผลให้เด็กกลายเป็นปัญหาของสังคมต่อไปในอนาคต จากการศึกษาของฟอสส์แมนและเทอร์วี (Frossman, 1970) ได้ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต การปรับตัวทางสังคมและระดับการศึกษาของเด็กที่ไม่พึงปรารถนาในสวีเดนพบว่าเด็กพวกนี้มีปัญหาทางสังคมและสุขภาพจิตมาก ต้องปรึกษาจิตแพทย์และเข้าโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดทางจิตถึงร้อยละ 28 ในขณะที่กลุ่มเด็กจากครอบครัวสมบูรณ์ มีเพียง ร้อยละ 15 ที่มีปัญหาทางจิต เนื่องจากเด็กที่มารดาไม่พึงปรารถนามักเป็นเด็กที่ไม่ได้รับการเลี้ยงดูและเอาใจใส่เพียงพอ นอกจากนั้นจากการศึกษาของประเทศไทยพบว่า อุบัติการณ์ของการทอดทิ้งบุตรภายหลังคลอดของหญิงตั้งครรถ์ไม่พึงปรารถนามีอัตราสูงร้อยละ 6 (กรมอนามัย, 2533)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา

งานวิจัยในประเทศ

สุภาวดี สวัสดิมงคล (2535, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาสภาวะทางสังคมและจิตใจของมารดานอกสมรส ที่มีผลต่อแนวโน้มในการทอดทิ้งบุตร ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผลการศึกษาพบว่า หญิงหลังที่มีผลต่อแนวโน้มในการทอดทิ้งบุตร ได้แก่ อาชีพ รายได้ รายจ่าย สถานภาพ ภูมิลำเนาเดิม และลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนหญิงหลังที่ไม่มีผลต่อแนวโน้มในการทอดทิ้งบุตร ได้แก่ อายุ การศึกษา และลักษณะการได้รับการเลี้ยงดูของมารดานอกสมรสในด้านสภาวะทางสังคมและจิตใจที่มีผลต่อแนวโน้มในการทอดทิ้งบุตร ผลการศึกษา พบว่า ได้แก่ สภาพการณ์ ความคิดเห็นต่อสามี ความคิดเห็นต่อการตั้งครรภ์ ความคิดเห็นต่อบุตรในครรภ์นี้ สัมพันธภาพกับครอบครัวเดิม สัมพันธภาพกับครอบครัวสามี สัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างและการปฏิบัติตนในการฝากครรภ์ การดูแลครรภ์ ส่วนสภาวะสังคมที่ไม่มีผลต่อแนวโน้มในการทอดทิ้งบุตร ได้แก่ การรับทราบบริการด้านสังคมสงเคราะห์ และการได้รับการทางสังคม

ปาริณี ผลประเสริฐ และสุภมาศ เศรษฐพงษ์กุล (2536, หน้า 162 - 177) ได้ศึกษาสาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาและกระบวนการตัดสินใจทำแท้ง กรณีศึกษาในคลินิกเอกชนของกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า หญิงเหล่านี้ยังขาดความรู้ด้านเพศศึกษาและการป้องกัน การตั้งครรภ์ การละเลยการใช้วิธีคุมกำเนิดขณะมีเพศสัมพันธ์ การได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรม ความไม่รับผิดชอบโดยเฉพาะของผู้ชาย และความไม่รู้จักจริงในวิธีการคุมกำเนิด การแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา ฝ่ายหญิงจะต้องเป็นฝ่ายที่คิดเอง ใช้เวลาในการตัดสินใจขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในขณะนั้น ได้แก่ อายุของครรภ์และความรู้สึกกลัวอันตรายจากการทำแท้งที่มีผลต่อชีวิตและสุขภาพ หญิงที่สมรสแล้วหรือเป็นผู้ที่กำลังเรียนอยู่ จะเข้าสถานการณ์ของตนเองดีและตัดสินใจได้เร็วกว่ากลุ่มอื่น ๆ

ตรึงเนตร พรรณดวงเนตร (2538, หน้า 2 - 3) ได้ศึกษาบริการสังคมที่หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาต้องการ ผลการศึกษาพบว่า หญิงที่เลือกตั้งครรภ์ต่อไป ต้องการบริการในอันดับแรก คือ ด้านความช่วยเหลือต่าง ๆ เช่น ที่พักชั่วคราวระหว่างตั้งครรภ์และพักฟื้นหลังคลอด ความช่วยเหลือในการดูแลบุตร การฝากครรภ์และการคลอด ส่วนอันดับรองลงมาคือ ความต้องการด้านอื่นๆ ได้แก่ การที่จะได้รับการปฏิบัติจากสังคม และการปฏิบัติธรรม นอกจากนี้ยังมีความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงาน ด้านความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านการส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ด้านการวางแผนการดำเนินชีวิตต่อไปและด้านการให้คำปรึกษา ส่วนใหญ่กลุ่มหญิงที่เลือกการยุติการตั้งครรภ์ ต้องการบริการอันดับแรก คือ ด้านข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงาน รองลงมาคือ ด้านอื่น ๆ ได้แก่ การที่จะได้รับการปฏิบัติจากสังคม และการปฏิบัติธรรม

นอกจากนี้ยังมีความต้องการในด้านความช่วยเหลือต่างๆเกี่ยวกับการทำแท้งด้านการส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ด้านการวางแผนการดำเนินชีวิตต่อไป ด้านความรู้เกี่ยวกับการทำแท้งและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และด้านการให้คำปรึกษา

สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี (2540, หน้า 2) ได้ศึกษาผลของโครงการบ้านพักฉุกเฉินเพื่อช่วยเหลือหญิงและเด็กผู้มีความเดือดร้อน จากการดำเนินการงาน 16 ปี พบว่า มีหญิงที่ประสบความเดือดร้อนด้วยสาเหตุการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาขอรับความช่วยเหลือ จำนวน 2,553 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 3 ของผู้ประสบความเดือดร้อนทั้งหมด และพบมากที่สุด ในสตรีวัยรุ่น ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และหญิงเหล่านี้ล้วนแต่ขาดความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา รวมทั้งไม่รู้จักรักษาป้องกัน โดยการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง

พัชรินทร์ ไชยपाल (2543, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาปัญหาและวิธีแก้ปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา ที่เข้ารับการสงเคราะห์ในสถานที่ให้บริการด้านที่พักชั่วคราวสำหรับหญิงตั้งครรภ์กรุงเทพมหานครและปริมณฑล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เข้ารับการสงเคราะห์ ด้วยสาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา จากสถานที่ให้บริการด้านที่พักชั่วคราวสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา ผลการวิจัยสรุปข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและวิธีแก้ปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนามีปัญหาและวิธีแก้ปัญหาดังนี้

1. ปัญหาด้านร่างกาย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา มีอาการผิดปกติเนื่องมาจากครรภ์มีขนาดใหญ่ขึ้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.5 ส่วนมากมีวิธีแก้ปัญหาด้านร่างกาย โดยใช้วิธีการพักผ่อน คิดเป็นร้อยละ 55
2. ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา มีอารมณ์เศร้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 ส่วนมากมีวิธีแก้ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ โดยร้องไห้เสียใจ คิดเป็นร้อยละ 67.5
3. ปัญหาด้านครอบครัว พบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา มีปัญหาบิดาของเด็กในครรภ์ไม่ยอมรับการตั้งครรภ์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.5 ส่วนมากมีวิธีแก้ปัญหาโดยการหาที่พักพิงชั่วคราวและเลี้ยงดูลูกเอง คิดเป็นร้อยละ 40
4. ปัญหาด้านสังคม พบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา ปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น และต้องลาออกจากงานหรือพักงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 ส่วนมากมีวิธีแก้ปัญหาด้านสังคม โดยการลาออกจากงานหรือพักงาน คิดเป็นร้อยละ 37
5. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา มีปัญหาการมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97.5 ส่วนมากมีวิธีแก้ปัญหาด้านเศรษฐกิจ โดยการปรึกษาผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 47.5

6. การวางแผนชีวิต พบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา มีการวางแผนชีวิตที่จะยกลูกให้
มุลนิธิมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30

งานวิจัยต่างประเทศ

แอดเลอร์ (Adler & Nancy, 1992, pp. 19 - 35) ได้ศึกษาถึงลักษณะของหญิงตั้งครรภ์
ไม่พึงปรารถนาที่สัมพันธ์กับการทำแท้ง ผลการศึกษาพบว่า การตอบสนองต่อการทำแท้ง จะขึ้น
อยู่กับบุคลิกลักษณะของหญิงนั้นและเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ อายุ การวางแผนคุมกำเนิด
ความสัมพันธ์กับชายที่ทำให้ตั้งครรภ์ การยอมรับของฝ่ายชาย ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญ และผลักดัน
ให้เกิดความต้องการที่จะทำแท้งตามมาในที่สุด

ฟิลลิป (Phillip, 1993, pp. 43 - 63) ได้ศึกษา ถึงความสัมพันธ์ระหว่างการทำแท้ง
การไม่ยอมรับบุตร และการทอดทิ้งบุตร ในหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาที่ต้องการทำแท้ง โดย
ทำการศึกษารายกรณีในหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา 4 ราย ที่เคยมีประวัติการทำแท้งมาก่อน
ผลการศึกษาพบว่า การทำแท้งเป็นปัจจัยสนับสนุนทั้งทางตรงและทางอ้อม ให้เกิดภาวะการ
ไม่ยอมรับบุตร และการทอดทิ้งบุตรตามมา โดยหญิงที่มีความตั้งใจในการทำแท้งและไม่สามารถ
ทำแท้งได้สำเร็จ เมื่อคลอดบุตรแล้ว จะมีความรู้สึกผูกพันหรือสัญชาติญาณในการปกป้องบุตรใน
ฐานะมารดาน้อยมาก โดยจะสังเกตได้จากการมีปฏิกิริยาร้องไห้ของทารกเมื่อได้รับการเลี้ยงดู
แบบก้าวร้าวจากมารดา ซึ่งมีการสัมผัสทารกและการสนองตอบความต้องการของทารกน้อยมาก
ไม่เลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมของตนเอง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการทอดทิ้งบุตรในที่สุด

เลฮาบารี (Leshabari, 1994, pp. 195 - 210) ได้ศึกษาถึงปัจจัยด้านบุคคลที่สนับสนุน
การทำแท้งในหญิงวัยตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา โดยได้ทำการสัมภาษณ์หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์
ไม่พึงปรารถนาชาวแทนซาเนีย อายุระหว่าง 14 - 19 ปี จำนวน 150 ราย ที่เข้ารับการรักษาตัวใน
โรงพยาบาล ด้วยสาเหตุภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้ง พบว่า หญิงส่วนใหญ่เมื่อมี
ภาวะตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาเกิดขึ้น จะปรึกษาญาติสนิทหรือชายที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ครั้งนี้
และบุคคลเหล่านี้ที่จะเป็นผู้สนับสนุน ในการพามาพบกับผู้ที่ให้บริการทำแท้ง ช่วยเหลือในเรื่อง
ค่าใช้จ่ายในการทำแท้ง และในกรณีที่ต้องนำส่งแพทย์เพื่อการรักษาต่อไปในที่สุด

จากการศึกษางานวิจัยในต่างประเทศ สรุปได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา ส่วนใหญ่
มีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่น มีสัมพันธภาพในครอบครัวกับบิดามารดาไม่ดี บิดามารดาหย่าร้างมีฐานะทาง
เศรษฐกิจไม่ค่อยดี มีความรู้และการศึกษาน้อย มีค่านิยมในเรื่องของความสำเร็จต่ำ ไม่เป่าในชีวิต มี
ค่านิยมในเรื่องเพศแบบเสรีนิยม ได้รับความรู้ในเรื่องเพศศึกษาส่วนใหญ่จากกลุ่มเพื่อน และเมื่อมี
การตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาเกิดขึ้น ส่วนใหญ่จะเรื่องที่จะทำแท้ง เมื่อทำแท้งแล้วหากไม่สำเร็จ และ

กลอดบุตรแล้ว จะเกิดภาวะเครียด ซึมเศร้า ไม่ยอมรับบุตร ทอดทิ้งบุตรและขาดการทำหน้าที่ของมารดา

การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีปัญญานิยม

ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Therapy)

ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Therapy) ให้ความสำคัญกับกระบวนการรับรู้ที่ก่อให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรม อารมณ์และพฤติกรรมของคนที่แสดงออกจะเป็นผลมาจาก วิธีที่คนคนนั้นเข้าใจและแปลความหมายในแต่ละเหตุการณ์และสภาพการณ์นั้นอย่างไร (Beck, 1976 cited in Corey, 2001, p. 317)

แบบแผนความคิด (Schemas) มีผลต่อสภาพความเป็นจริงของแต่ละคน (Individual Structures Reality) การตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับตนเอง การแปลความหมายประสบการณ์ในอดีตการเรียนรู้ประสบการณ์ของผู้อื่น การสร้างทางเลือกของพฤติกรรมและการพัฒนาที่คาดหวังเกี่ยวกับอนาคต (Beck & Weishaar, 1989 cited in Corey, 2001, p. 310) Schemas ของแต่ละคน อาจเป็น ไปได้ทั้งแบบปรับตัวได้ หรือล้มเหลวขึ้นอยู่กับโครงสร้างการรับรู้ของแต่ละคน นั้นว่าจะถูกสร้างและคงสภาพอยู่ได้แค่ไหน คนแต่ละคนจะสร้าง จัดการและแปลผลเหตุการณ์ต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับการรับรู้พื้นฐานจะเป็นตัวกำหนดว่า เขาจะเข้าใจและปฏิบัติต่อเหตุการณ์นั้นอย่างไร

อารอน เบค ได้พัฒนาวิธีการที่เรียกว่า ปัญญานิยม (Cognitive Therapy) ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับ การบำบัดแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ (Rational Emotive Behavior Therapy) โดยมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979 cited in Corey, 2001, p. 309) คือ เป็นการบำบัดที่เน้น

การบำบัดเชิงรุก (Active)

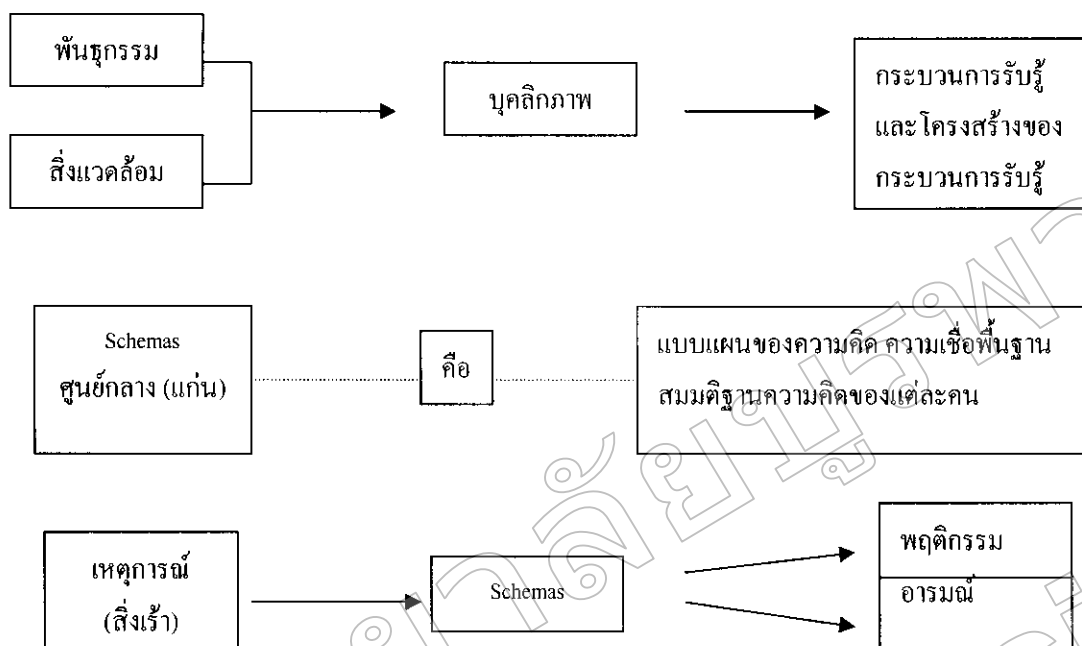
การบำบัดโดยแนะแนวทาง (Directive)

การบำบัดโดยจำกัดเวลา (Time-Limited)

ยึดอยู่กับปัจจุบัน (Present-Centered)

วิธีการที่มีโครงสร้าง (Structured-Approaches)

ซึ่งผู้วิจัยแสดงรูปภาพเพื่อความเข้าใจดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีบุคลิกภาพของอารอน เบค (Aaron Beck)

1. ข้อตกลงเบื้องต้นเชิงทฤษฎี

อารอน เบค (Aaron Beck) เชื่อว่า จุดสำคัญของการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้มาจากความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล เช่น REBT ของ Ellis แต่เกิดจากการบิดเบือนของกระบวนการรับรู้ ความคิด และความเข้าใจ (Cognitive) พฤติกรรมที่ผิดพลาดไป เกิดจากความผิดพลาดของระบบความคิด (Cognitive distortion) ความคิดที่ถูกบิดเบือนและความเข้าใจที่ผิดพลาดหวังแล้วปรับตัวไม่ได้ Beck จึงให้ความสำคัญของปัจจัยด้านความคิดของแต่ละคนดังนี้

(Weishaar, 1993 cited in Corey, 2001, p. 310)

1.1 การสื่อสารภายในบุคคลคือ การเข้าถึงกระบวนการสังเกตความเป็นไปเกี่ยวกับจิตใจตนเอง

1.2 ความเชื่อของผู้รับการบำบัด (Client) มีความหมายต่อตนเองอย่างยิ่ง

1.3 ความหมายต่าง ๆ สามารถถูกค้นพบได้เอง โดยผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจของคณนั้นมากกว่าที่จะได้รับการสอนหรือแปลความหมายจากผู้บำบัด

พื้นฐานทางทฤษฎีสนับสนุนว่าการเข้าใจถึงธรรมชาติอารมณ์ที่เกิดขึ้นในใจหรือเมื่อถูกรบกวนอารมณ์ เป็นเรื่องจำเป็นที่จะมุ่งไปที่เนื้อหาในด้านการรู้คิดของปฏิกิริยาของแต่ละบุคคลที่จะเกิดขึ้นเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ (De Rubesis & Beck, 1988 cited in Corey, 2001, p. 310)

เป้าหมายก็คือ การเปลี่ยนแปลงวิธีการคิดของผู้รับบริการ โดยการให้เขาใช้ความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thought) เป็นความคิดที่เกิดขึ้นทันทีที่มีสิ่งมากระตุ้น ซึ่งจะนำไปสู่การตอบสนองทางอารมณ์ เพื่อที่จะให้เข้าใจถึง แบบแผนของความคิด (Schemata) จากประสบการณ์ที่ผ่านมาและเริ่มที่จะความคิดลงไปในแบบแผนความคิด เพื่อการเปลี่ยนแปลง

โครงสร้างทางความคิด ซึ่งทำได้โดยการให้กำลังใจผู้รับบริการในการรวบรวมและพิจารณาอย่างรอบคอบต่อเหตุการณ์ที่สนับสนุนความเชื่อของตน จากการศึกษาทางคลินิกแสดงให้เห็นความสำคัญของการนำ Cognitive Therapy ไปใช้ในการบำบัดความผิดปกติอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ การนำไปบำบัดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Beck, 1991 b cited in Corey, 2001, p. 310) อาการกลัวจนเกินเหตุ (Phobia) ความผิดปกติทางจิตที่ก่อให้เกิดอาการทางกาย (Psychosomatic Disorders) ความผิดปกติในการรับประทานอาหาร (Eating Disorder) อาการโกรธและการตื่นตระหนก (Anger and Panic Disorders) (Dattilio & Salas - Auvert, 1998 cited in Corey, 2001, p. 310) อาการเนื่องจากการใช้สารเสพติด (Substance Abuse) (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993 cited in Corey, 2001, p. 310) อาการปวดรื้อรัง (Chronic Pain) (Beck, 1987 cited in Corey, 2001, p. 310)

2. หลักพื้นฐานของทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Therapy)

อารอน เบค เป็นผู้บำบัดในแนวจิตวิเคราะห์ห้าทศวรรษ และมีความสนใจในเรื่อง ความคิดที่เกิดขึ้นทันทีทันใดเมื่อมีสิ่งมากระตุ้น ซึ่งนำมาสู่การตอบสนองอารมณ์ (Automatic Thoughts) ของบุคคลในขณะที่ศึกษาแนวจิตวิเคราะห์อยู่นั้น เขาสนใจเนื้อหาความฝันเกี่ยวกับการเก็บกด ของผู้มารับคำปรึกษา ที่มีอารมณ์โกรธแล้วหันมา โกรธตัวเอง เขาเริ่มมองเห็นสิ่งที่มากกว่าอารมณ์โกรธ (Retroflected) ซึ่งฟรอยด์ เรียกว่า ภาวะซึมเศร้า โดยมีอคติจากการแปลความหมายหรือจากความคิด Beck ได้ให้คำปรึกษาได้สังเกต Negative Automatic Thought ของตนเอง ที่ยังคงมีอยู่แม้ว่าพวกเขาพยายามไม่คิดแล้วก็ตาม

อารอน เบค ยืนยันว่าคนที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์นั้นมีแนวโน้มที่จะมีลักษณะ การรับรู้ข้อเท็จจริงที่ผิดพลาด (Logical Errors) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความเป็นจริง ไปในทิศทางของความรู้สึกเกลียดชังตนเอง ผู้รับคำปรึกษาที่มีปัญหาทางด้านจิตใจมีแหล่งที่เกิดจากความคิดที่ผิด มีการเผชิญปัญหาที่ไม่ถูกต้องโดยพื้นฐานมาจากการรับรู้ข้อมูลที่ผิดหรือได้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอ และมีความล้มเหลวในการแยกแยะระหว่างความเพ้อฝันกับความเป็นจริง โดยจะยกตัวอย่างของลักษณะความคิดที่ผิดซึ่งในทฤษฎีปัญญานิยม จะใช้คำว่า “ความคิดที่บิดเบือน” (Cognitive Distortions) (Beck et al., 1979; Beck & Weishaar, 1995; Dattilio & Freeman, 1992 cited in Corey, 2001, p. 310) ดังนี้คือ

การลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (Arbitrary Inferences) หมายถึง การสรุปโดยไม่มีหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนตัดสินใจสถานการณ์อย่างรวดเร็ว รวมถึงความคิดเห็นที่ตรงกันข้ามกับความจริง การลดทอนความคิดนี้ทำได้

การสรุปเกินจริง (Overgeneralization) เป็นกระบวนการที่ยึดมั่นในความเชื่ออย่างมากจากเหตุการณ์เพียงเหตุการณ์เดียว และนำมาปรับใช้อย่างไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์อื่น ๆ ที่ไม่คล้ายคลึงกัน ตัวอย่างเช่น ถ้าเรามีความยุ่งยากในการทำงานกับผู้ใหญ่คนหนึ่ง เราอาจจะสรุปเลยว่าเราจะไม่สามารถทำงานกับผู้ใหญ่ทั้งหมดได้ และอาจคิดเลยว่าเราไม่สามารถทำงานร่วมกับคนอื่นได้

การยึดตนเองเป็นสำคัญ (Personalization) การถือเอามาไว้ในตัว เป็นความ โน้มเอียงของแต่ละบุคคล ในการเชื่อมโยงเหตุการณ์ภายนอกกับตนเอง แม้ว่า จะไม่มีพื้นฐานในการเชื่อมโยงก็ตาม ตัวอย่างเช่น ในฐานะที่ผู้ให้บริการ หากผู้รับบริการไม่กลับมาใช้บริการให้คำปรึกษาเป็นครั้งที่ 2 เราก็คงคิดว่า การขาดหายไปนั้นเนื่องมาจากการให้คำปรึกษาในครั้งแรกไม่ดีพอ เราจะบอกกับตนเองว่า “เหตุการณ์นี้พิจารณาได้ว่า ฉันทำให้ผู้รับบริการแย่ลงและตอนนี้ผู้รับบริการคงไม่ต้องการความช่วยเหลืออีกต่อไป”

การตีตราและการตีตราที่ไม่เป็นความจริง (Labeling and Mislabeled) จะเกี่ยวกับการแสดงลักษณะที่คล้ายคลึงกันของบุคคล โดยมีพื้นฐานของความไม่สมบูรณ์แบบและความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในอดีต แล้วปล่อยให้สิ่งนั้นเป็นตัวกำหนด ลักษณะของตนเองให้เป็นจริงขึ้นมา ตัวอย่างเช่น หากเราไม่สามารถเป็นดังที่พ่อแม่คาดหวังไว้ เราอาจจะบอกตัวเองว่า “ฉันนี่ช่างไร้ค่าเสียจริง ๆ ฉันติดยา ฉันจึงไม่ควรเป็นลูกของพ่อแม่เลย”

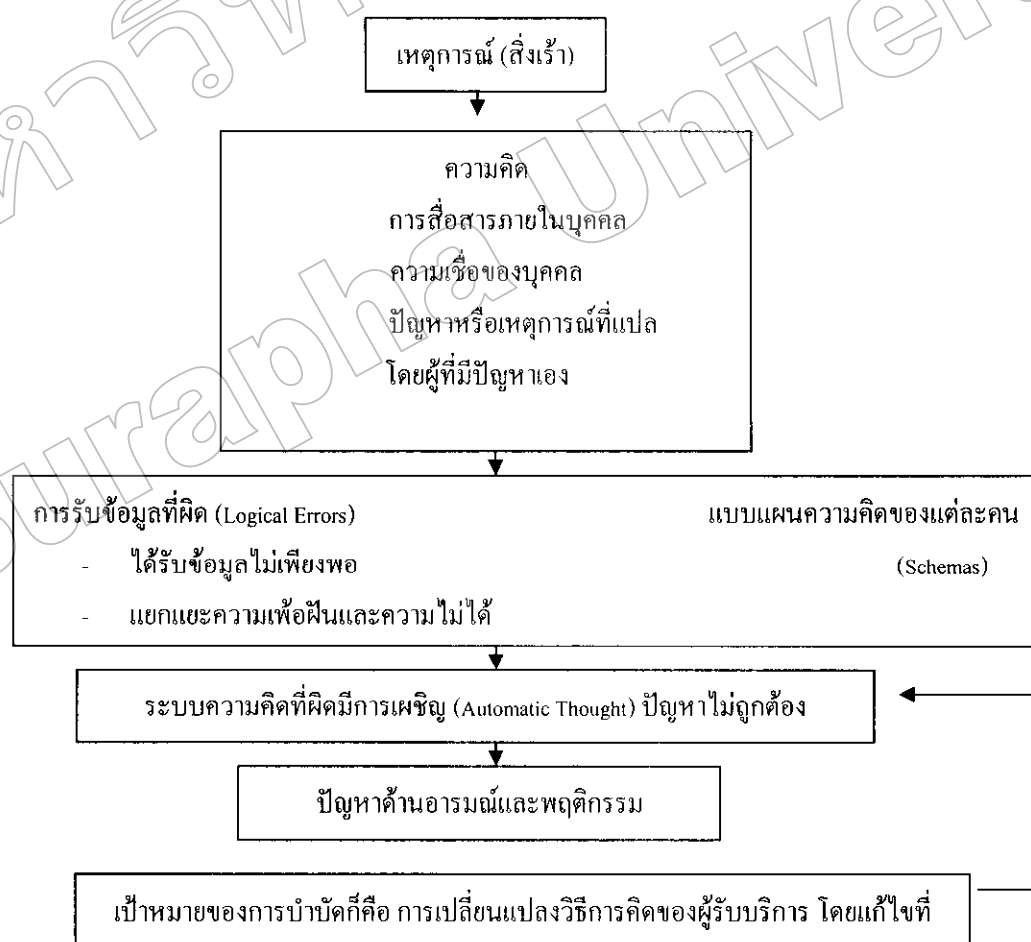
ความคิดสุดโต่ง (Polarized Thinking) เกี่ยวกับความคิดและการแปลความหมายในทุกคำ หรือไม่แปลเลย อีกนัยหนึ่ง คือ การจัดหมวดประสบการณ์ในอย่างใดอย่างหนึ่งหรือลักษณะสุดกู่ ตัวอย่างเช่น ความคิดที่จัดแบ่งออกเป็น 2 ทาง โดยถือเอาลักษณะตรงข้ามเป็นเกณฑ์ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะถูกจัดแบ่งเป็น คำหรือขาว เราอาจไม่มีเส้นกำหนดของการเป็นคนที่ไม่สมบูรณ์ อาทิ เช่น การที่เราเป็นนักเรียนคนหนึ่ง หากเราคิดว่าเราเป็นคนไม่เก่ง เราจะคิดว่าเราเป็นนักเรียนที่เรียนได้ล้มเหลวโดยสิ้นเชิง หรือในแง่ตรงกันข้าม หากเราคิดว่าเราเป็นคนเก่ง เราจะคิดว่าเราเป็นนักเรียนที่เก่งฉกาจคนหนึ่ง

การเลือกสรุป (Selective Abstraction Consists) ประกอบด้วยรูปแบบของการลงสรุป โดยมีพื้นฐานจากรายละเอียดที่แยกออกจากเหตุการณ์ในแต่ละวัน ซึ่งในกระบวนการนี้ คนจะเพิกเฉยต่อข้อมูลอื่น ๆ และมีการขาดหายไปของความสำคัญของบริบททั้งหมด มีความรู้สึกไว้ในเหตุการณ์ที่เกิดเป็นเรื่องที่จะต้องล้มเหลวและทำให้ไม่มีความสุข ในฐานะ ตัวอย่างเช่น ในฐานะ

ของคนคนหนึ่ง จะวัดคุณค่าของตนเองจากข้อผิดพลาดหรือจุดอ่อน ไม่ได้วัดจากความสำเร็จโดยรวม

การเพิ่มและลดระดับความเป็นจริง (Magnification and Minimization) ประกอบด้วย การรับรู้ในตัวผู้รับบริการ หรือสถานการณ์ที่ใหญ่หรือเล็กเกินความจริง โดยเราอาจสร้างความคิดที่ผิดพลาด นี้จากการคาดคะเนของตัวเอง คือ ความผิดพลาดเล็กน้อยของผู้อื่นเราอาจคาดคะเนว่า มันรุนแรงมากกว่าความจริงกว่าที่ผู้มีปัญหานั้นคิด หรือความผิดพลาดของผู้อื่นที่บางเรื่องเราจะมองมันเป็นเรื่องเล็กน้อย สำหรับการแก้ไขปัญหา ความคิดดังกล่าวง่ายต่อการเกิดภาวะวิกฤติในบุคคลและอาจจะมีผลร้ายต่อสภาพจิตใจ

เบค (Beck, 1976 cited in Corey, 2001, p. 311) ได้กล่าวไว้ว่า ซึ่งเป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวาง คือ “Cognitive Therapy ประกอบด้วยวิธีการทั้งหมดที่ทำให้ลดภาวะความไม่สบายใจ โดยการแก้ไขความคิดที่ผิดและสัญญาณเด่นชัดของตนเอง” ผู้วิจัยจึงแสดงกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีดังรูปภาพ ดังนี้



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของ Cognitive Therapy ของ อารอน เบค

3. กระบวนการให้คำปรึกษาแบบ Cognitive Therapy

กระบวนการให้คำปรึกษาแบบ Cognitive Therapy มีกระบวนการหลายอย่างที่ทำให้คนไข้เปลี่ยนแปลงความคิดด้านลบไปเป็นความคิดด้านบวก และมีพฤติกรรมที่สร้างสรรค์ การให้คำปรึกษาแบบ Cognitive Therapy ทั้งผู้บำบัดและผู้รับบริการจะต้องมีความเชื่อว่า ความเชื่อ ความคิด ทักษะคติ มุมมอง และการสนทนาทั้งหมดนั้นมาจากภายในของคน ผู้บำบัดจะสามารถดึงข้อมูลส่วนนี้ออกมา เพื่อช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลง สิ่งต่อไปนี้เป็น

อารมณ์ที่บกพร่อง (Dysfunctional Emotions)

พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนในทางที่ไม่ถูกต้อง (Behavior to Modify Inaccurate)

ความบกพร่องทางความคิด (Dysfunctional Thinking)

ผู้บำบัดจะสอนให้ผู้รับบริการได้รู้ถึงลักษณะดังกล่าวว่าเป็น ความคิดที่บิดเบือนและบกพร่อง และจะช่วยปรับความคิด มุมมอง ทักษะคติไปในเชิงบวก หากได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ผู้รับบริการก็จะสามารถแยกแยะได้ระหว่างความคิดของตนเองและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ผู้รับบริการจะถูกสอนให้ตระหนักในการเฝ้าสังเกต เฝ้าดูความคิด และข้อสมมุติฐานของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความคิดอัตโนมัติในทางลบ ซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยเสริมสร้างให้ความคิด การปรับตัวและพฤติกรรมของผู้รับบริการไปในทางที่ดีขึ้น

หลังจากที่ผู้รับบริการเกิดการหยั่งรู้ถึงการที่มีความคิดทางด้านลบ ที่ไม่เป็นจริงนั้นส่งผลต่อตัวเองอย่างไรแล้ว ผู้รับบริการจะถูกฝึกเพื่อทดสอบว่า ความคิดอัตโนมัติต่อต้านความจริงหรือไม่ โดยการตรวจสอบและให้นำหน้าการต่อต้านนั้น ซึ่งกระบวนการนี้จะเกี่ยวข้องกับ

1. การทดสอบสิ่งที่สังเกตได้จากความเชื่อที่อยู่ในรูปประโยคที่ผู้บำบัดใช้ถามตอบ ซึ่งวิธีการสอนแบบหนึ่งที่ไฮเดรติสเคยสอนไว้

2. มีการกำหนดงานให้กลับไปทำที่บ้าน
3. รวบรวมข้อสมมุติที่ตนสร้างขึ้นและทำการจัดกิจกรรม
4. สร้างการแปลความในรูปแบบอื่น ๆ

(Freeman & Dattilio, 1994 cited in Corey, 2001, p. 312)

ผู้รับบริการสร้างสมมุติฐาน ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมและเรียนรู้ที่จะใช้วิธีการแก้ไขปัญหาลเฉพาะอย่าง และวิธีการเผชิญปัญหา เมื่อผ่านกระบวนการ การค้นพบข้อชี้แนะ ดังกล่าว ผู้รับบริการ จะได้รับการหยั่งรู้เกี่ยวกับการเชื่อมโยง ระหว่างความคิดของตนเองและสิ่งที่ตนเองรู้สึกและกระทำ

4. สัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้บำบัด

การบำบัดในแนว Cognitive Therapy (CT) นั้นจะแตกต่างกับ Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) ในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้บำบัด Ellis มองว่าผู้บำบัดส่วนใหญ่เปรียบเสมือนครู โดยไม่คำนึงถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบริการในทางตรงกันข้าม (Beck, 1987 cited in Corey, 2001, p. 313) เน้นความสำคัญของสัมพันธภาพของผู้รับและผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งกระบวนการบำบัดในแนว Cognitive Therapy มีปัจจัยสำคัญ คือ

4.1 สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับบริการกับผู้บำบัด จะเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการดำเนินการบำบัด

4.2 คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้บำบัด อาทิ เช่น บุคลิกภาพมีความอบอุ่นอย่างแท้จริง เข้ากับผู้อื่นได้ ยอมรับโดยไม่ใช้การตัดสินใจของตนเอง มีความสามารถในการสร้างความไว้วางใจกับผู้รับคำปรึกษา หลักของการบำบัดที่โรเจอร์ได้อธิบายไว้ใน การให้คำปรึกษาโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางนั้นผู้บำบัดในแนวทาง Cognitive Therapy เห็นว่าเป็นสิ่งจำเป็นแต่ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดผลต่อการบำบัดสูงสุด

ดังนั้นในแนวทางของ CT จึงต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับบริการดังนี้

1. ผู้บำบัดกับผู้รับบริการจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ที่มั่นคงอย่างสม่ำเสมอ ต้องมีการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ผู้บำบัดต้องมีความกระตือรือร้นที่จะให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม และให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาที่ได้รับกรบำบัด ผู้บำบัดและผู้รับบริการจะต้องทำงานร่วมกัน เพื่อให้ผู้บำบัดได้ให้ความรู้ ความคิดและพฤติกรรมต่อปัญหาที่มีอยู่ในขณะนั้น มีการสร้างมโนภาพของความคิดและสังเกตพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆทั้งทางด้านบวกและลบ ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จหรือความล้มเหลว (Weishaar, 1993 cited in Corey, 2001, p. 313)
2. ผู้บำบัดจะต้องทำให้เกิดประสบการณ์ที่ถูกต้อง เพื่อนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวความคิดเพื่อทำให้เกิดทักษะใหม่ๆผู้บำบัดจะต้องทำให้เกิดความคิดที่หลากหลาย เกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมมนุษย์ และการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดบางอย่างไปสู่การปฏิบัติได้ (Beck et al., 1979, Beck & Weishaar, 1995 cited in Corey, 2001, p. 313)
3. ผู้บำบัดจะสนับสนุนให้ผู้รับบริการได้แสดงบทบาทในกระบวนการบำบัด นำหัวข้อของปัญหามาเสนอ เพื่อคุณลักษณะความคิดที่บิดเบือนไป สรุประเด็นปัญหาและให้ความร่วมมือในการทำการบ้านตามที่ได้รับมอบหมาย โดยการปฏิบัติตามรูปแบบของความคิดและพฤติกรรมแบบใหม่ จนกระทั่งสามารถให้ผู้รับบริการมีความคิดและการแสดงออกไปในทางที่ดีขึ้นกระบวนการรักษาทั้งหมด ไม่ใช่ทำเพื่อผู้รับบริการแต่เป็นกระบวนการที่ทำร่วมกับผู้รับบริการ (Beck, 1995;

Meichenbaum, 1997 cited in Corey, 2001, p.313) ในแนวคิดของ Beck การมีส่วนร่วมเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อบุคคล ในการที่จะประเมินข้อสมมุติในทางลบที่เปลี่ยนแปลงล่าสุด ในความคิดและพฤติกรรมของผู้รับบริการจะมีลักษณะคล้ายกับที่เคยเกิดขึ้น (Beck & Haaga, 1992; Beck, 1995 cited in Corey, 2001, p. 313) จุดมุ่งหมายของผู้บำบัดในแนว Cognitive Therapy คือการสอนให้ผู้รับบริการได้เป็นผู้บำบัดตนเอง และกระบวนการของ Cognitive Therapy รู้วิธีคิดที่มีอิทธิพลต่ออารมณ์และพฤติกรรม กระบวนการให้ความรู้ประกอบด้วย การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับปัญหาในปัจจุบันของเขาและกลับไปสู่การป้องกัน การกำหนดงานให้ทำและหนังสือบำบัดมักถูกนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของ Cognitive Therapy ซึ่งการกำหนดงานนี้จะเป็นเหมือนการได้ดูแลปัญหาเฉพาะอย่างของผู้รับบริการ และเป็นการสร้างสัมพันธภาพในการบำบัด โดยการทำให้เกิดความร่วมมือ เป้าหมายของการทำการบ้านใน Cognitive Therapy ไม่ได้เพียงสอนทักษะใหม่ๆ ให้กับผู้รับบริการเท่านั้น แต่ยังให้ผู้รับบริการสามารถทดสอบความเชื่อในสถานการณ์ประจำวันได้ สิ่งที่เน้นคือ การมอบหมายงานให้ผู้รับบริการ ได้ช่วยเหลือตนเอง โดยนำแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นที่ได้รับขณะบำบัดรักษาไปปรับใช้สถานการณ์ประจำวัน

5. การนำ Cognitive Therapy มาใช้

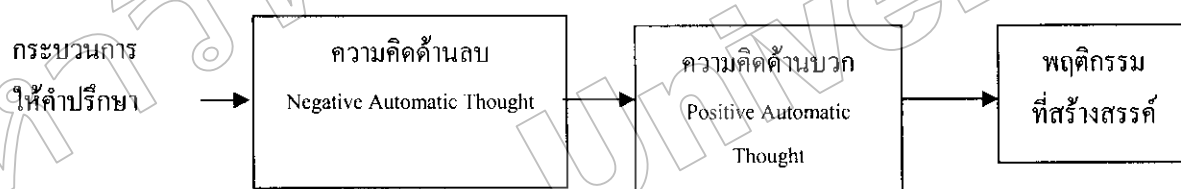
การบำบัดรักษา ในระยะแรก Cognitive Therapy จะเป็นที่รู้จักในฐานะที่เป็นวิธีการรักษา ภาวะซึมเศร้า แต่ในงานวิจัยต่อ ๆ มา ได้มุ่ง ไปในการศึกษาและการรักษาความผิดปกติของ ความวิตกกังวล วิธีการบำบัดในแนว CT ได้นำไปประยุกต์ใช้กับเด็กและครอบครัว การฝึก ผู้ปกครอง เด็กที่ถูกทำร้าย การฟื้นฟูสมรรถภาพจากไข้หวัดใหญ่ คัดลอก การให้คำปรึกษาเรื่อง การหย่าร้าง ความวิตกกังวล ฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดและปัญหาสุขภาพ (Granvold, 1994; Reineke, Dattilio, and Freeman, 1995; Dattilio, 1998 cited in Corey, 2001, p. 314)

การนำเทคนิค Cognitive Therapy มาประยุกต์ใช้ไม่ได้คำนึงถึงธรรมชาติของปัญหาที่เฉพาะเจาะจง แต่ผู้บำบัดแนว CT นั้นจะให้ความสนใจกับวิธีการที่นำมาประยุกต์เพื่อช่วยเหลือบุคคลให้สามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่แตกต่างออกไปในชีวิตประจำวัน การลองคิด ประยุกต์เอาหลักการของ CT มาใช้ในชั้นเรียน และการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์นั้น (Beck, 1997 cited in Corey, 2001, p. 314) ยกตัวอย่างเช่น ในชั้นเรียนอาจารย์ไม่ได้เรียกชื่อคุณ ในระหว่างการสอน คุณรู้สึกหดหู่และมีความคิดต่อตัวเองว่า “อาจารย์คงคิดว่าฉัน โง่และฉันคงไม่มีค่าพอสำหรับชั้นเรียนนี้แล้ว อาจารย์ก็คิดถูก เพราะคนอื่นๆ เขาฉลาดกว่าฉัน และยังพูดได้ชัดเจนมากกว่าฉัน ซึ่งมันก็มักจะเกิดขึ้นกับชีวิตของฉันเช่นนี้อยู่เสมอ” ดังนั้นการแปลความที่แตกต่างออกไป ที่อาจเป็นไปได้ก็คือ อาจารย์ผู้สอนคงต้องรวบรัดในประเด็นที่ได้อภิปรายเพราะมีเวลาน้อย และต้องการสอนต่อไป ซึ่งอาจารย์คงรู้ถึงความคิดของคุณแล้ว ผู้บำบัดอาจทำให้คุณ ได้ตระหนักถึง

รูปแบบความคิดที่บิดเบือน โดยการทดสอบ ความคิดที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ (Automatic Thinking) ของคุณ ผู้บำบัดจะฟังความคิดเห็นของคุณ ซึ่งอาจจะผิดหลังจากนั้น ก็จะให้ย้อนกลับไปสู่ประสบการณ์ตอนเริ่มต้นในชีวิตคุณ ดังนั้นผู้บำบัดจะช่วยให้คุณเห็นว่า สิ่งที่คุณคิดสรุปว่าตัวเองโง่ และมีคุณค่าเพียงเล็กน้อยนั้น เป็นพื้นฐานของข้อมูลที่บิดเบือนไปจากอดีต

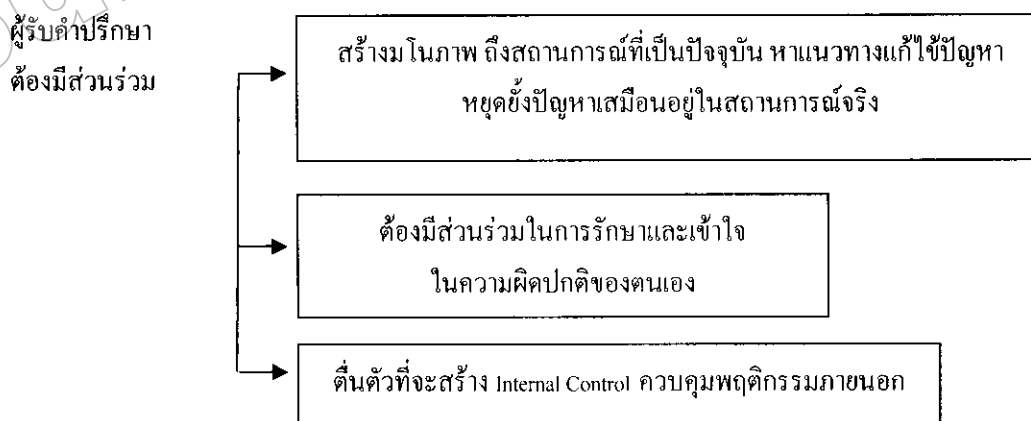
ในฐานะผู้รับบริการ จะเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการของความคิดที่เกินจริงและดูหมิ่นตนเองซึ่งเป็นการตีความเหตุการณ์เกินความเป็นจริง (ที่คิดว่าอาจารย์คิดว่าคุณ โง่) ดูหมิ่นตนเอง (ตนเองมีคุณค่าน้อยต่อชั้นเรียน) ผู้บำบัดจะช่วยให้คุณได้รับบริการ ได้เรียนรู้เกี่ยวกับ ความคิดด้านลบของผู้รับบริการ ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรม อาทิ เช่น ความคิดที่ยึดติด ความคิดที่ขยายออกจากเหตุการณ์ที่ล้มเหลวเพียงครั้งเดียว มาเป็นความคิดด้านบวก ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งผู้วิจัยจะสรุปกระบวนการ การให้คำปรึกษาเป็นรูปภาพดังนี้

กระบวนการให้คำปรึกษา



ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการให้คำปรึกษาตามแนวทางของ อารอน เบค

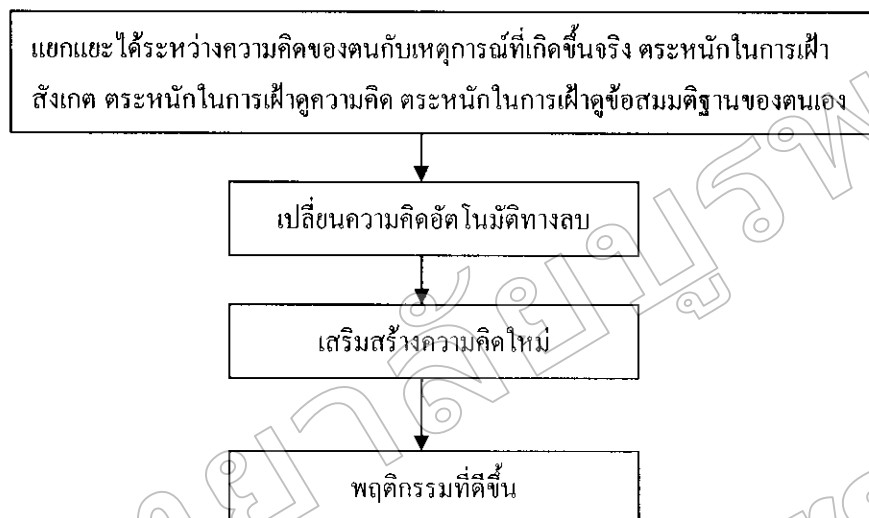
การมีส่วนร่วมของผู้รับคำปรึกษาต่อขบวนการให้คำปรึกษาแนว Cognitive Therapy



ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้รับคำปรึกษาตามแนวทางของ อารอน เบค

การให้คำปรึกษาเกิดผลทางบวก

ผู้รับคำปรึกษา



ภาพที่ 6 ผลที่เกิดจากการให้คำปรึกษาต่อผู้รับการบำบัด

6. การใช้ปัญญาบำบัด (Cognitive Therapy) ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เบค (Beck, 1987 cited in Corey, 2001, p. 315) ได้เสนอรูปแบบที่ทำให้เกิด

ภาวะซึมเศร้า 3 รูปแบบ คือ

1. ผู้รับการบำบัดมีความคิดต่อตนเองในทางลบจะโทษความล้มเหลวของตนเองว่าเกิดจากการไร้ความสามารถโดยไม่ได้พิจารณาถึงสถานการณ์สภาพแวดล้อมมีความเชื่อว่าตนเองขาดคุณลักษณะที่จำเป็นที่จะทำให้ตนเองมีความสุขได้
2. ผู้รับการบำบัดมีแนวโน้มที่จะแปลประสบการณ์ออกมาในด้านลบ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนมากจะเลือกข้อเท็จจริงที่สอดคล้องกับการสรุปในเชิงลบของตนเอง ซึ่งในกระบวนการของเบค เรียกความคิดลักษณะนี้ว่า เลือกสรุป
3. ผู้รับการบำบัดมีแนวโน้มที่จะมองอนาคตในเชิงลบ มองเห็นแต่อนาคตที่มีดมนของตนเองและคาดว่าในปัจจุบันก็พบกับความยากลำบากและในอนาคตก็คงจะมีแต่ความล้มเหลว ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่มี ความยืดหยุ่น วางเป้าหมายที่สมบูรณ์แบบแต่ไม่มีทางเป็นไปได้ ความคาดหวังในด้านลบจะมีสูงมากแม้แต่สิ่งที่เคยประสบความสำเร็จมาแล้วก็ล้มเหลวได้จะไม่สนใจประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จความคิดส่วนใหญ่จะอยู่ที่ความสูญเสียที่ไม่สามารถแก้ไขได้ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผิดหวังและเชื่องซึม

แบบวัดความซึมเศร้าของเบค (Beck, 1967 cited in Corey, 2001, p. 316) ได้ออกมาเป็นเครื่องมือมาตรฐานเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าโดยข้อคำถามได้มาจากการสังเกตอาการและความเชื่อพื้นฐานของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า แบบวัดนี้ประกอบด้วยอาการและทัศนคติ 21 อย่าง คือ 1) ความเศร้า 2) การมองโลกในแง่ร้าย 3) ความรู้สึกล้มเหลว 4) ความไม่พึงพอใจ 5) ความรู้สึกผิด 6) ความรู้สึกว่าถูกลงโทษ 7) ความไม่ชอบตนเอง 8) การแยกตัวออกจากสังคม 13) ความไม่แน่ใจในการตัดสินใจ 14) ความคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนที่บิดเบือน 15) ไม่ยอมทำงาน 16) นอนไม่หลับ 17) มีแนวโน้มที่จะเกิดความอ่อนล้า 18) เบื่ออาหาร 19) น้ำหนักลด 20) มีความหมกมุ่นกับอาการทางกาย 21) ความต้องการทางเพศลดลง

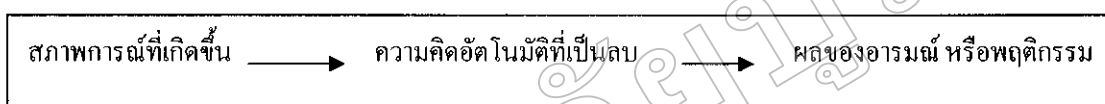
เทคนิคที่ใช้ในการช่วยเหลือ

มีขั้นตอนในการให้ความช่วยเหลือตามเอกสารประกอบการบรรยายของมหาวิทยาลัยรามคำแหง ได้กล่าวไว้มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การช่วยให้เข้าใจหรือมองเห็นปัญหา (Conceptualization) โดยการรับฟัง และใช้ผู้รับบริการได้มองเห็นว่าปัญหานั้นเกิดจากความคิดที่เป็นลบอย่างไร
2. การเลือกใช้กลยุทธ์ (Therapeutic Strategies) มีหลายแนวทางที่นักบำบัดนิยมใช้ซึ่งเบค และเอมีรี (Beck & Emery) ได้รวบรวมไว้ในปี 1985 ดังนี้
 - 2.1 การดึงออกจากความคิดที่เป็นลบแล้วหันเหไปเรื่องอื่น (Distancing and Distraction) เป็นการช่วยเหลือให้ผู้รับบริการดึงตนเองออกจากความคิดที่เป็นลบนั้น แล้วให้สังเกตตนเองโดยการนับจำนวนครั้งที่เกิดความคิดด้านลบ แล้วหาเหตุผลมาอธิบาย และกำหนดสิ่งที่เป็นปัญหา จากนั้นให้หาสิ่งอื่นทำหรือหันเหตัวเองไปเรื่องอื่น
 - 2.2 ท้าทายความคิดที่เกิดขึ้น (Challenging Automatic Thoughts) เป็นการช่วยให้ผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงความคิด โดยการท้าทายว่าสิ่งที่ตนเองคิดนั้นเป็นความจริงเพียงใด สามารถหาหลักฐานยืนยันได้หรือไม่
 - 2.3 ท้าทายที่มาของความคิดนั้น (Challenging Underlying Assumptions) เป็นการท้าทายกฎ (Rule) ต่าง ๆ ที่ยึดถือไว้แล้วก่อให้เกิดปัญหา โดยการค้นหาที่มาของความคิด แล้วใช้ความเป็นเหตุเป็นผล หรือการเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการยึดกฎเหล่านั้น
 - 2.4 การเสริมทักษะที่จำเป็น (Building Skills) เนื่องจากบางปัญหาจำเป็นต้องมีการฝึกทักษะร่วมด้วย เช่น การฝึกการยืนหยัดตนเอง (Assertive Training) การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skills) และการบริหารเวลา (Time Management)
3. การใช้เทคนิคทางด้านความคิดและปัญญา (Major Cognitive Techniques) เป็นการนำเทคนิคความคิดและปัญญาผสมผสานกับด้านพฤติกรรมมาใช้ดังนี้

3.1 การตั้งคำถามแบบให้คิด (Socratic Questioning) เป็นการตั้งคำถามให้ผู้รับบริการได้พูดถึงหรืออธิบายเพื่อจะยืนยันให้ได้ว่าความคิดของตนเองมีความเป็นจริงอย่างไร หรือเพื่อโต้แย้งความเชื่อผิด ๆ เหล่านั้นของผู้รับบริการ

3.2 ชี้เห็นความคิดด้านลบที่เกิดขึ้น (Identifying Negative Automatic Thoughts) เป็นการให้ผู้รับบริการได้สังเกตและจดบันทึกความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นหลังจากอธิบายให้ผู้รับบริการเข้าใจรูปแบบ คือ



ภาพที่ 7 ผลลัพธ์ของความคิดอัตโนมัติด้านลบ

วิธีนี้จะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจปัญหาได้ชัดเจนขึ้น

3.3 ปรับเปลี่ยนความคิดที่เป็นลบ (Modifying Negative Automatic Thoughts) เมื่อผู้รับบริการได้เข้าใจความคิดที่ไม่ถูกต้องของตนเองแล้ว ต่อไปก็จะเกิดการเรียนรู้วิธีการทำนายนความคิดเหล่านั้นด้วยการหัดตั้งคำถามแบบเป็นเหตุเป็นผล และฝึกปฏิบัติทำด้วยตนเองนอกจากนี้ยังมีวิธีอื่น ๆ อีกมากมายที่จะช่วยปรับความคิดด้านลบ เช่น

3.3.1 การตรวจสอบความเป็นจริง (Reality Testing) เป็นวิธีช่วยทั่วไปในการปรับโครงสร้างความคิด โดยการสอนให้ใช้คำถามหาข้อพิสูจน์สิ่งที่ตนเองคิด

3.3.2 ใ้มองทางเลือกอื่น (Looking for Alternative) เมื่อเผชิญกับปัญหาใด ๆ คนเรามักมองทางออกเพียงด้านเดียว จึงต้องช่วยมองหาทางเลือกอื่นที่เป็นไปได้แล้วหัดให้ผู้รับบริการได้เริ่มต้นด้วยตนเอง

3.3.3 การพิจารณาหาสาเหตุอื่น (Reattribution) เป็นการใ้มองหาสิ่งที่เป็นเหตุอื่นนอกเหนือจากความคิดที่ตนเองเข้าใจ เพราะการที่เกิดเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง อาจเป็นผลมาจากหลายสาเหตุไม่ใช่เป็นไปตามที่ตนคิดไว้เช่นนั้น

3.3.4 การใ้รู้สึกเสียหายน้อยลง (Decatastophizing) เป็นการใ้เทคนิค “แล้วไง” คือ การถามว่า ถ้าเกิดผลเสียหายตามที่คิดไว้จริงแล้วอะไรจะเกิดขึ้น อะไรสิ่งเลวร้ายที่สุดที่เราคิดว่า จะเกิดคืออะไร

3.3.5 เทคนิคด้านพฤติกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การแสดงบทบาทสมมติ (Role Play) หรือการฝึกทักษะต่าง ๆ

การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

มีผู้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลไว้ดังนี้

ศิริบุรณ์ สายโกสุม (2539, หน้า 195) กล่าวว่า เป็นความสัมพันธ์ที่มีความเป็นส่วนตัว และมีการเผชิญหน้ากันระหว่างบุคคล 2 คน จากความสัมพันธ์ที่ดำเนินไปและความสามารถของผู้ให้คำปรึกษา ช่วยสรรสร้างสภาพการณ์ที่เอื้อให้เกิดการเรียนรู้ ตระหนักถึงตนเอง สภาพการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งสภาพการณ์อันอาจเกิดขึ้นในอนาคตเพื่อสามารถใช้คุณลักษณะเฉพาะตน และศักยภาพของตนให้เกิดประโยชน์และความพึงพอใจทั้งต่อตนเองและสังคม ทั้งยังสามารถเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาอันอาจเกิดขึ้นในอนาคต และตอบสนองความพอใจส่วนตัว

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2529, หน้า 1) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาไว้ว่าการให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่แสดงถึงมนุษยสัมพันธ์ที่ละเอียดอ่อนระหว่างบุคคล โดยที่บุคคลหนึ่งทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและอีกบุคคลหนึ่งเป็นผู้มาขอรับคำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาเป็นบุคคลที่ได้รับการศึกษา มีประสบการณ์ ความรู้ความสามารถในการให้คำปรึกษาและทางจิตวิทยา สามารถให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้รับคำปรึกษา เพื่อให้บุคคลที่มาขอรับคำปรึกษาเข้าใจปัญหาหรือเรื่องราวที่นำมาปรึกษา สามารถใช้พลังปัญญาและความสามารถของตนเองในการตัดสินใจเลือกกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง ในวิถีทางที่เหมาะสมที่เขาปรารถนา และในที่สุดบุคคลที่มาขอรับคำปรึกษาจะสามารถป้องกันปัญหา แก้ปัญหา และพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสมที่สุด

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2533, หน้า 407) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เป็นการให้คำปรึกษาที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษา โดยการให้คำปรึกษาเป็นส่วนตัวแก่บุคคล เฉพาะรายในแต่ละครั้ง เพื่อให้เขาสามารถเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถเผชิญปัญหาที่ประสบอยู่ได้ และมีทักษะในการแก้ปัญหาได้เองอย่างเหมาะสม สามารถวางโครงการของชีวิต ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างเต็มความสามารถ

ข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

เจียรนัย ทรงชัยกุล (2533, หน้า 411) ได้กล่าวถึงข้อดีของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลดังนี้

1. ผู้รับคำปรึกษาได้รับความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาเฉพาะของเขาจากผู้ให้คำปรึกษา โดยตรงด้วยความละเอียด ครอบคลุม และรอบคอบอย่างเพียงพอ
2. ผู้รับคำปรึกษาเป็นจุดสนใจของผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียว ในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง เขาจึงควรเป็นผู้ที่ได้ประโยชน์ต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่

3. ผู้รับคำปรึกษากล้าที่จะเปิดเผยตนเองอย่างอิสระกับผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยปัญหาและหาทางแก้ไข ได้ถูกต้องรวดเร็วขึ้น
4. ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องกังวลถึงความคิดเห็นและความรู้สึก หรือข้อเสนอแนะของผู้อื่น นอกจากของผู้ให้คำปรึกษาเพียงผู้เดียวระหว่างการให้คำปรึกษา
5. ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องวิตกกังวลถึงความไม่พร้อมด้านทักษะในเรื่องมนุษยสัมพันธ์ หรือบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสมของเขาในการแสดงออกกับผู้อื่น เพราะเขาจะมีความสัมพันธ์เฉพาะกับผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียวในระหว่างการให้คำปรึกษา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีปัญญานิยม

งานวิจัยในประเทศ

สมจิตร สุทชนะ (2543) ได้ศึกษาผลการปรับโครงสร้างทางปัญญาต่อการประเมินค่าสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแพร่ ในระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2541 จำนวน 30 แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองละ 15 ราย กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการปรับโครงสร้างทางปัญญา ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการปรับโครงสร้างทางปัญญา มีการเปลี่ยนแปลงการประเมินค่าภาวะความดันโลหิตสูงไปในลักษณะที่มีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริวดี คำวะลี (2545) ได้ศึกษาการทดลองใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค (Beck) เพื่อลดความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เข้ามารักษาในหน่วยกามโรคและโรคเอดส์นางเลิ้ง ช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในหน่วยกักก่าในช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 มีระดับความซึมเศร้าต่ำและปานกลาง จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 7 คนและกลุ่มควบคุม 13 คนกลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษา แนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค (Beck) 4 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ผลการวิจัยผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการให้การปรึกษา แนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค (Beck) มีระดับความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัญชลี ฉัตรแก้ว (2546) ได้ศึกษาผลของการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างเยาวชนหญิงที่อาศัยอยู่ในศูนย์ศึกษาลูกผู้หญิงพุทธเกษตร จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 8 คน ผลการวิจัยพบว่าเยาวชนหญิงในสถานสงเคราะห์ที่อาศัยอยู่ในศูนย์ศึกษาลูกผู้หญิงพุทธเกษตร จังหวัดเชียงใหม่ หลังได้รับการบำบัดทางปัญญามีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระยะติดตามผลหลังการบำบัดทางปัญญา

สิ้นสุด 2 สัปดาห์คะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดทางปัญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จันทร์เพ็ญ อุงอำรุง (2548) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาผลของกลุ่มปัญญาบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ระหว่างรักษาที่ศูนย์มะเร็ง ชลบุรี และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 17 - 30 คะแนน และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 14 คน ผลการวิจัยพบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังทดลอง ระยะติดตามผล ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่มแบบปัญญาบำบัด มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยต่างประเทศ

คอนเวย์ (Conway, 1999) ได้ศึกษาเรื่องผลการบำบัดกลุ่มแบบปัญญาบำบัดที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นและการเห็นคุณค่าในตนเอง กลุ่มตัวอย่างได้จากอาสาสมัครของเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน 2 แห่งที่เรียนอยู่เกรด 9 - 12 จำนวน 43 คน ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดกลุ่มแบบปัญญาบำบัดทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงและมีพฤติกรรมขณะอยู่ในโรงเรียนดีขึ้นมีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

อาร์เธอร์ (Arthur, 1998) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษากลุ่มแบบปัญญาและพฤติกรรม การทำการบ้านและคุณภาพของการทำการบ้านในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย 39 คน ที่อยู่ในตึกผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าการให้คำปรึกษาทางปัญญามีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมแบบกลุ่มทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

เซอร์ฮุสเซน, บอลเลย์ และวิลสัน (Zerhusen, Boyle & Wilson, 1991) ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษากลุ่มแบบปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่บ้านพักคนชรา กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 70-82 ปี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน พบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย จะเห็นได้ว่าการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการบำบัดทางปัญญาบำบัด (Cognitive Therapy) มีประสิทธิภาพลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าจากสาเหตุต่างๆ ได้ดี ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงผลของให้คำปรึกษาตามทฤษฎีการบำบัดทางปัญญาต่อภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ ไม่เพียงปรารถนาที่ถือว่าเป็นหญิงที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

บ้านพักฉุกเฉิน

บ้านพักฉุกเฉิน ตั้งอยู่ที่ 501/1 หมู่ 3 ถ.เดชะตุงคะ เขตดอนเมือง กรุงเทพฯ สังกัดสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี เป็นสถานบริการอีกแห่งหนึ่งที่มีความช่วยเหลือผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา โดยให้ที่พักพิงชั่วคราวระหว่างตั้งครรภ์และพักฟื้นหลังคลอดให้แก่ผู้ที่ประสบปัญหา เช่น ปัญหาครอบครัว ถูกทอดทิ้ง ถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจ ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา ติดเชื้อ HIV/AIDS ให้การฟื้นฟูจิตใจตามหลักศาสนาและจริยธรรม พร้อมทั้งส่งต่อหน่วยงานอื่นตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยการบริการที่ทางบ้านพักฉุกเฉินจัดให้มารดาที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาเหล่านี้ คือ จัดหาที่พักอาศัยชั่วคราว อาหาร ยา และ สิ่งจำเป็นต่าง ๆ โดยจะมีนักสังคมสงเคราะห์ให้คำแนะนำปรึกษาโดยยึดหลักผู้เดือดร้อนเป็นศูนย์กลาง มีการส่งต่อเข้ารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลรัฐ และการส่งต่อบุตรในกรณีที่ไม่ต้องการ