

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การตั้งครรภ์ของเด็กหญิงวัยเยาว์ในประเทศไทย จากการทบทวนเอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Reviewed Literature) และบริบททางสังคมไทย พบว่า การตั้งครรภ์ในมนุษย์มีความเชื่อมโยงกับองค์ประกอบด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และพัฒนาการตามวัย ถ้าการตั้งครรภ์เกิดขึ้นในภาวะที่ไม่เหมาะสม เช่น คู่สมรสขาดความพร้อมด้านเศรษฐกิจและสังคม อายุน้อย หรือยังไม่ได้วางแผนตั้งครรภ์ จะทำให้การตั้งครรภ์นั้นเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ปรารถนา แต่อย่างไรก็ตามเมื่อการตั้งครรภ์ต้องดำเนินต่อไปจะส่งผลกระทบต่อภาวะจิตสังคมของมารดาที่ตั้งครรภ์และเกิดภาวะวิกฤตจากการตั้งครรภ์ตามมา ปัญหาจากการตั้งครรภ์ดังกล่าว จะมีความรุนแรงมากขึ้นในเด็กวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นต้องประสบทั้งภาวะวิกฤตในช่วงพัฒนาการวัยรุ่นและภาวะวิกฤตจากการตั้งครรภ์ สำหรับช่วงอายุของวัยรุ่นเมื่อแบ่งตามลำดับขั้นของการพัฒนาบุคลิกภาพ (Stages of Personality Development) ได้แก่ เด็กที่มีอายุระหว่าง 12 - 18 ปี แต่ปัจจุบันพบการตั้งครรภ์ในเด็กหญิงที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ในหลายพื้นที่ของประเทศไทย การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นศึกษาประสบการณ์การตั้งครรภ์เฉพาะเด็กหญิงวัยเยาว์อายุต่ำกว่า 15 ปี เท่านั้น

ประเด็นในการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และตำราทางวิชาการ มีประเด็นต่อไปนี้

สถานการณ์การตั้งครรภ์ของเด็กหญิงวัยเยาว์

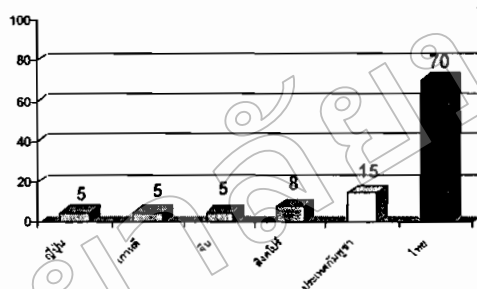
การตั้งครรภ์ของเด็กหญิงวัยเยาว์

การตั้งครรภ์ เป็นภาวะที่สืบเนื่องมาจากความรู้สึทางเพศของชายและหญิง นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ และพัฒนาการของครรภ์ ซึ่งเป็นขั้นตอนปกติของสตรีวัยเจริญพันธุ์ แต่การตั้งครรภ์อาจเป็นภาวะวิกฤตได้ถ้าการตั้งครรภ์นั้นเกิดขึ้นในระยะพัฒนาการบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อน เพิ่มภาวะเสี่ยงสูง และทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะวิกฤตจากการที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ และการเลี้ยงดูทารกต่อไป การหลีกเลี่ยงภาวะวิกฤตจากการตั้งครรภ์ในเบื้องต้นจึงควรตั้งครรภ์ตามระยะการพัฒนากบุคลิกภาพที่เหมาะสม

ในประเทศไทย พบแม่วัยรุ่นตั้งครรภ์ 70 คนต่อประชากรพันคน ที่ตั้งครรภ์และคลอด ขณะที่ประเทศญี่ปุ่น เกาหลี และจีน พบแม่วัยรุ่น 4 - 5 คน ประเทศสิงคโปร์ พบ 8 คน และ

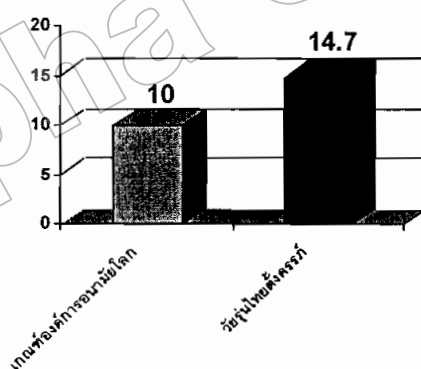
ประเทศกัมพูชาพบ 15 คน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลสถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ พบว่า ข้อมูลของประเทศไทยสูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนด คือ ร้อยละ 10 (จิราภรณ์ ประเสริฐวิทย์, 2551) ดังภาพที่ 3 และ 4

อัตราส่วนต่อ 1,000 คน



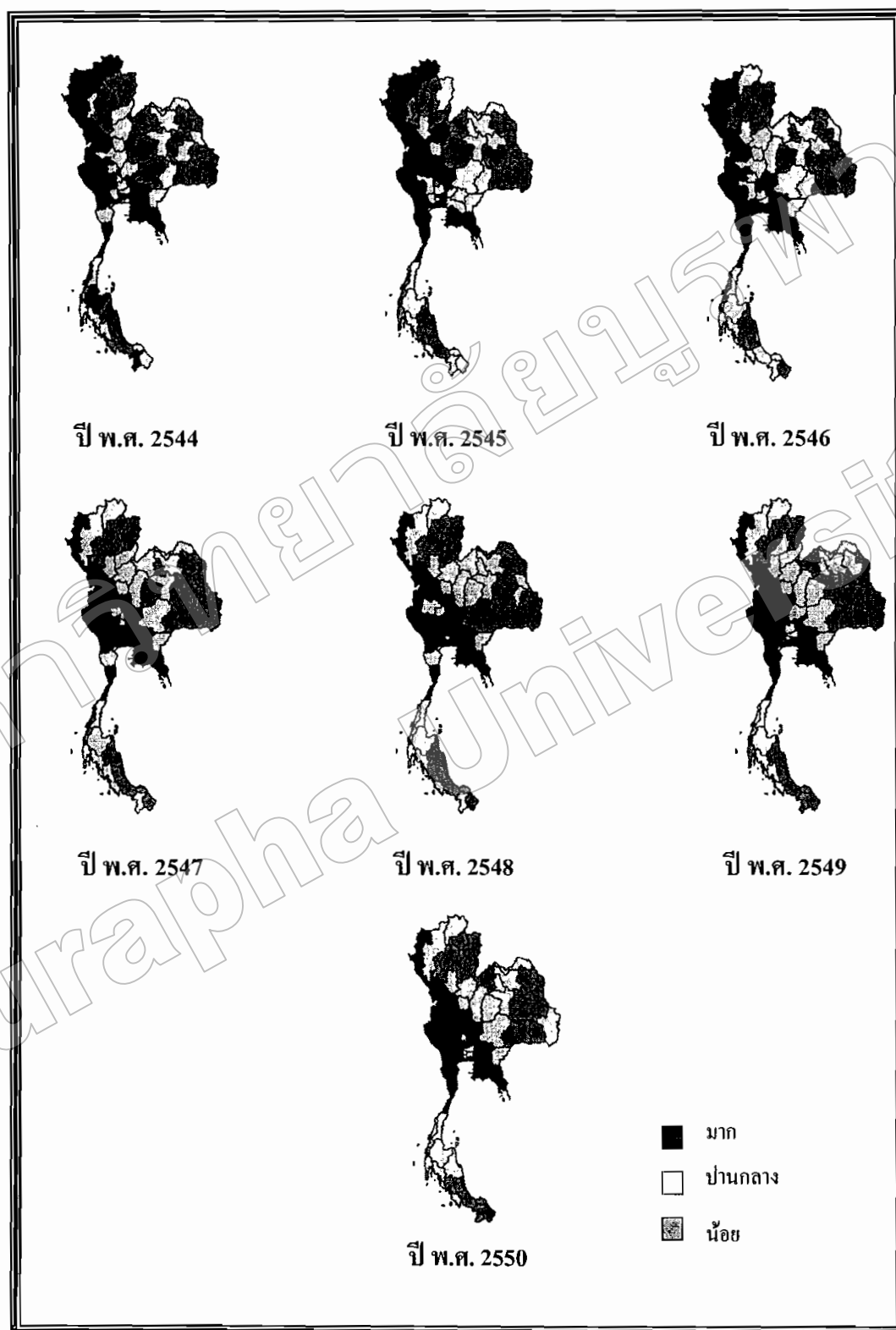
ภาพที่ 3 การตั้งครรภ์และคลอดบุตรไม่พึงประสงค์ของประเทศญี่ปุ่น เกาหลี จีน สิงคโปร์ กัมพูชา และประเทศไทย

ร้อยละ



ภาพที่ 4 เปรียบเทียบอัตราการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของไทยกับองค์การอนามัยโลก

การกระจายข้อมูลการคลอดบุตรของเด็กหญิงวัยเยาว์ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2544 ถึง พ.ศ. 2550 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นต่อเนื่อง พบมากในภาคเหนือ ภาคตะวันตก และภาคกลางมาก ดังแผนที่แสดงพื้นที่จังหวัดที่มีการคลอดบุตรของเด็กหญิงวัยเยาว์ของประเทศไทย



ภาพที่ 5 แสดงพื้นที่จังหวัดที่มีข้อมูลการคลอดบุตรของเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี ของประเทศไทย

ผลการวิเคราะห์สถิติการคลอดบุตรของเด็กหญิงวัยเยาว์ ในปี พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2550 เฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐ ในประเทศไทย พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากเช่นเดียวกัน และเด็กหญิงที่อายุน้อยที่สุด คือ 10 ปี ดังตารางที่ 1 และภาพที่ 5

ตารางที่ 1 จำนวนการคลอดบุตรของเด็กหญิงอายุ 10 ปี ถึง 15 ปี จำแนกตามช่วงอายุ (เฉพาะโรงพยาบาลของรัฐ)

อายุปี	ปี พ.ศ. 2544	ปี พ.ศ. 2545	ปี พ.ศ. 2546	ปี พ.ศ. 2547	ปี พ.ศ. 2548	ปี พ.ศ. 2549	ปี พ.ศ. 2550	รวม ทั้งสิ้น
10	3	4	15	9	6	12	11	60
11	34	37	40	28	31	23	27	220
12	76	74	63	89	92	66	75	535
13	277	280	256	358	422	413	385	2,391
14	1,353	1,287	1,417	1,985	2,035	2,031	2,156	12,264
15	4,028	4,341	4,603	6,095	6,844	6,960	7,307	40,178
รวม	5,771	6,023	6,394	8,564	9,430	9,505	9,961	55,648

เมื่อรวบรวมสถานการณ์การตั้งครรภ์ของเด็กหญิงวัยเยาว์ ในปี พ.ศ. 2550 ของจังหวัด ในเขต 4, 7 และ 9 จำนวน 11 จังหวัด จากสรุปรายงานการตรวจราชการ ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปี พ.ศ. 2551 พบว่า ทุกจังหวัดที่ศึกษามีเด็กหญิงวัยเยาว์ตั้งครรภ์ โดยพบมากที่สุดที่จังหวัดชลบุรี คือ 296 ราย ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 และ 3 (สุภาพชัย สาระจรัส, 2551)

ตารางที่ 2 อัตราการตั้งครรภ์ของเด็กหญิงวัยเยาว์ เขต 4, 7 และ 9 ปี พ.ศ. 2550

ลำดับ	จังหวัด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1	ชลบุรี	296	19.75
2	กาญจนบุรี	241	16.08
3	สุพรรณบุรี	202	13.12
4	ราชบุรี	189	12.61
5	นครปฐม	189	12.61
6	ระยอง	147	9.81
7	จันทบุรี	102	7.14
8	กระบี่	59	3.94
9	ภูเก็ต	38	2.54
10	พังงา	18	1.2
11	ตราด	18	1.2
รวม		1,499	100

ตารางที่ 3 จำนวนเด็กหญิงวัยเยาว์ตั้งครรภ์ ในเขต 4, 7 และ 9 จำแนกรายจังหวัด และอายุ
ปี พ.ศ. 2550

ลำดับ	จังหวัด	11 ปี	12 ปี	13 ปี	14 ปี	15 ปี	รวม (ราย)
1	ชลบุรี	0	1	11	76	208	296
2	กาญจนบุรี	0	0	10	58	173	241
3	สุพรรณบุรี	0	1	14	51	136	202
4	ราชบุรี	0	0	10	53	126	189
5	นครปฐม	0	0	13	52	124	189
6	ระยอง	0	1	5	38	103	147
7	จันทบุรี	1	0	8	23	70	102
8	กระบี่	0	0	2	16	41	59
9	ภูเก็ต	0	0	2	7	29	38
10	พังงา	0	0	0	5	13	18
11	ตราด	0	0	0	5	13	18
	รวม	1	3	75	384	1,036	1,499

ปัญหาอุปสรรคในการดูแลเด็กหญิงวัยเยาว์

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้วิเคราะห์ติดตามสถานการณ์ความรุนแรงทางเพศ การดูแลการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม รวมถึงเรื่องเพศกับเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า ปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มขยายตัวทวีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น จนกลายเป็นปัญหาระดับประเทศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางกาย ใจ และสังคม การดำเนินงานพบปัญหาอุปสรรคในการช่วยเหลือเด็กหญิงวัยเยาว์ ดังนี้ (ศูนย์การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2551 ก)

1. ปัญหาเรื่องความรุนแรงทางเพศ

1.1 สถานการณ์ความรุนแรงทางเพศในสังคมไทย จากสถิติความรุนแรงทางเพศ พบว่า ผู้ถูกกระทำรุนแรงทางเพศมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี เกือบทั้งหมดเป็นการกระทำของผู้ชาย ที่ละเมิดทางเพศต่อผู้หญิง (98.3%) ที่เหลือเป็นการกระทำระหว่างชายต่อชาย (1.5%) และหญิงกระทำต่อชาย (0.3%) ผู้กระทำส่วนใหญ่เป็นคนสนิท หรือคุ้นเคย จำนวนหนึ่งคือมีความสัมพันธ์

ทางสายเลือดกับผู้ถูกระทำ ที่สำคัญคือ เด็กผู้หญิงอายุต่ำกว่า 15 ปีเป็นชนกลุ่มใหญ่ที่สุดในกลุ่มผู้ถูกละเมิดทางเพศ ขณะที่แนวโน้มผู้กระทำการละเมิดทางเพศมีอายุน้อยลง งานวิจัยทั้งหมดชี้ชัดว่าผู้ถูกละเมิดทางเพศได้รับผลกระทบทั้งทางกายและใจ ทางกาย คือ บาดเจ็บ พิการ เสียชีวิต ติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งครรภ์ไม่พร้อม การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยและตกเลือด ทางจิตใจ ได้แก่ มีอาการซึมเศร้า หวาดกลัว เครียด เก็บกด วิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ประณามตนเอง มาต้วตาย สูญเสียความรู้สึกทางเพศ กินผิดปกติ บุคลิกภาพเปลี่ยนไป ขี้กลัว ขี้ทำผิด แอลกอฮอล์ และสารเสพติด นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อความสุขสงบในสังคม และปัญหาสังคม ได้แก่ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทำแท้งไม่ปลอดภัย ปัญหาสุขภาพเด็กที่อาจแท้ง หรือน้ำหนักน้อย หรือพิการ และปัญหาฆาตกรรม

1.2 ช่องว่างและความยากลำบากในการแก้ปัญหาความรุนแรงทางเพศ

1.2.1 วัฒนธรรมทางเพศในสังคมไทย สังคมไทยมุ่งปลูกฝังและกำกับพฤติกรรมผ่านกรอบการควบคุมเรื่องเพศของผู้หญิง แต่ปลดปล่อยและส่งเสริมให้ผู้ชายเรียนรู้และมีประสบการณ์ทางเพศอย่างเจน จัดเป็นการสร้างระบบเพศภาวะที่ “ผู้หญิงไร้เดียงสา ผู้ชายชำรอง” ทำให้การเรียนรู้เรื่องเพศทั้งในและนอกระบบโรงเรียนเป็นการเรียนรู้ที่หล่อหลอมให้เพศชายทำร้ายเพศหญิงอย่างไม่รู้ตัว

1.2.2 บุคลากรขาดทักษะในการดูแลผู้ที่มีปัญหา แม้รัฐบาลมีนโยบายเปิดบริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประสบปัญหาความรุนแรงทางเพศใน “ศูนย์พึ่งได้” ของโรงพยาบาลระดับจังหวัดทั่วประเทศ แต่บุคลากรส่วนใหญ่ที่ให้บริการยังขาดทักษะในการดูแลผู้ถูกระทำรุนแรงทางเพศ และขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานสหวิชาชีพทั้งภาครัฐและเอกชน คือ แพทย์พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ตำรวจ อัยการ ผู้พิพากษา ทนาย นักพัฒนา และผู้นำชุมชน ขณะที่หน่วยงานด้านการช่วยเหลือและคุ้มครองพร้อมให้ความเป็นธรรมต่อผู้เสียหาย

1.2.3 วัฒนธรรมการตีตราผู้เสียหายทางเพศ ในกรณีที่ผู้ประสบปัญหาการละเมิดทางเพศต้องการแจ้งความเอาผิดเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำก็ยังคงเป็นไปด้วยความยากลำบาก ส่วนหนึ่งมาจากวัฒนธรรมที่ตีตราผู้เสียหาย โดยเฉพาะหากเป็นผู้หญิงในขั้นตอนการไต่สวนและพิจารณาคดีกลับเป็นกระบวนการที่ซ้ำเติมให้รู้สึกเหมือนกับถูกระทำรุนแรงซ้ำซ้อน ขณะที่ไม่มีการบังคับใช้กฎหมาย ระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ ต่อผู้ที่ล่วงละเมิดทางเพศที่ชัดเจน

1.2.4 การบริการบ้านพักพิงให้เด็กและผู้หญิงที่ประสบปัญหามีจำกัด การจัดบ้านพักให้เด็กและผู้หญิงที่ประสบปัญหาของรัฐและเอกชนยังไม่สามารถตอบสนองปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเพียงพอและทันกับสถานการณ์ปัจจุบัน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีบ้านพักฉุกเฉินครบทุกจังหวัด แต่มีข้อกำหนดเวลาที่อนุญาตให้อยู่พักพิงได้ภายในระยะเวลาสั้น

กล่าวคือบางแห่ง 3 เดือน บางแห่งเพียง 7 วัน ทำให้ไม่สามารถเยียวยาและฟื้นฟูผู้ประสบปัญหาอย่างมีคุณภาพและครบกระบวนการ ซึ่งไม่เพียงพอต่อขนาดของปัญหา

1.2.5 ราชอาณาจักรควบคุมการนำเสนอความรุนแรงทางเพศ เนื่องจากในสังคมไทยยังมีการนำเสนอความรุนแรงทางเพศที่แฝงในสื่อต่าง ๆ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ ละคร วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ เกมออนไลน์ รวมสื่อพื้นบ้าน สื่อโฆษณา เป็นต้น แม้จะมีการใช้มาตรการจัดระบบรายการต่าง ๆ ทางโทรทัศน์แล้วก็ตาม แต่สื่อยังคงนำเสนอหรือเผยแพร่ความรุนแรงทางเพศต่อผู้หญิงและเด็กหลายรูปแบบ โดยเฉพาะกรณีข่าวข่มขืน การละเมิดทางเพศอื่น ๆ และความรุนแรงในครอบครัว อีกทั้งมีการตีพิมพ์รูปถ่ายผู้เสียหายอย่างเปิดเผยทั้งที่เป็นข้อห้ามตามกฎหมายคุ้มครองผู้ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวแล้วก็ตาม

2. การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

2.1 สถานการณ์และแนวโน้มของปัญหา มีรายงานวิจัยที่ชี้ว่าอัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในระดับชุมชนมีอัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมอยู่ประมาณร้อยละ 45 และในระดับประเทศมีประมาณร้อยละ 31 - 40 โดยผู้ประสบปัญหาดังครรภ์ที่ไม่พร้อมที่เป็นคนโสดมีคู่ หรือหย่าร้าง มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ ประมาณร้อยละ 33.33 สาเหตุหลักมาจากความไม่พร้อมทางเศรษฐกิจ แม้เหตุผลของการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมมาจากหลายปัญหาร่วมกัน แต่สาเหตุที่ถูกกล่าวถึงบ่อยครั้ง คือ ปัญหาเศรษฐกิจ รองลงมาคือ ขาดความรู้ที่ถูกต้องครบถ้วนเรื่องการคุมกำเนิด และอันดับสามคือ คุมกำเนิดแล้วแต่ยังตั้งครรภ์ ผลที่ติดตามมาจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมมีทั้งการทอดทิ้งเด็กทารก การบาดเจ็บพิการ และตายจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย โดยพบว่าในช่วง พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2547 มีเด็กอย่างน้อย 1,975 คน ถูกทิ้งไว้ที่โรงพยาบาล หรือทิ้งไว้กับผู้รับจ้างเลี้ยง รวมทั้งทิ้งไว้ในที่สาธารณะ ส่วนการทำแท้งนั้นพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 6.1 ในช่วงปี พ.ศ. 2502 - พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 21.8 ในช่วงปี พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2544 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขพบว่ามีอัตราความไม่ปลอดภัยจากการทำแท้งสูงประมาณร้อยละ 29 ครอบคลุมตั้งแต่การติดเชื้อถึงการเสียชีวิต

2.2 ความพยายามป้องกันและแก้ไขปัญหาของภาครัฐ

2.2.1 ด้านการป้องกัน ไม่มีการจัดการศึกษาเรื่องเพศและการบริการคุมกำเนิดที่ชัดเจน มีผลการวิจัยยืนยันจากหลายประเทศทั่วโลกว่า หลักสูตรเพศศึกษาที่รอบด้านในระดับชั้นเรียนต่าง ๆ ช่วยลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการติดโรคทางเพศสัมพันธ์ได้มากกว่าการไม่จัดหลักสูตรเพศศึกษาหรือการจัดหลักสูตรเพศศึกษาที่แคบโดยเน้นเรื่องการรณรงค์ลงสวนตัวเท่านั้น แต่ในประเทศไทยพบว่า กระทรวงศึกษาธิการยังไม่กำหนดนโยบายเรื่องการจัดหลักสูตรเพศศึกษาในระดับการศึกษาต่าง ๆ ที่เหมาะสม ขณะที่ปัญหาการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมขยายตัว

รุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ การบริการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นยังเป็น “ของต้องห้าม” สำหรับสังคมไทย ดังเช่น การติดตั้งตู้ยางอนามัยในสถานศึกษา ซึ่งมีผลให้ผู้นำในสังคมหลายคนออกมาแสดงทัศนคติไม่เห็นด้วยว่า “สังคมไทยควรมองว่าการให้ความรู้และเครื่องมือป้องกันโรค และการตั้งครรภ์เป็นการชี้นำให้กระทำความผิดที่ไม่สมควรทำ” ส่งผลให้การดำเนินงานด้านการคุมกำเนิดที่กระทรวงสาธารณสุขต้องการจะขยายให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่ยังโสดและกลุ่มวัยรุ่นต้องชะลอตัวไปในที่สุด

2.2.2 การบังคับใช้กฎหมายห้ามทำแท้งไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาทำให้กฎหมายไม่มีผลลดการทำแท้ง แต่กลับทำให้การตายและบาดเจ็บจากการทำแท้งเพิ่มสูงขึ้น กฎหมายห้ามทำแท้งอนุญาตให้มีการทำแท้งโดยบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะในกรณีที่เป็นการตั้งครรภ์เพราะถูกข่มขืน และการตั้งครรภ์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้หญิงเท่านั้น ผู้ตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม เพราะมีปัญหาเศรษฐกิจยังคงใช้บริการทำแท้งเถื่อนที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต ล้วนแสดงถึงความล้มเหลวของกฎหมาย

2.2.3 ขาดมาตรการลดแรงกดดันทางสังคมต่อผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ส่งผลให้อัตราการทิ้งเด็กทารกยังมีสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ในหลายสถานการณ์ที่สังคมไม่ให้การยอมรับ และกลายเป็นแรงกดดันให้ผู้หญิงเผชิญปัญหาอย่างโดดเดี่ยว ไม่ว่าจะเลือกการทำแท้งหรือการอุ้มท้องจนคลอดแล้วทิ้งไว้ที่โรงพยาบาลหรือสถานที่สาธารณะ แม้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ทำบันทึกข้อตกลงกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้โรงพยาบาลช่วยเฝ้าระวังการทอดทิ้งเด็กหลังคลอด รวมถึงให้รับเด็กไว้ดูแลชั่วคราวกรณีผู้หญิงไม่สามารถรับกลับไปเลี้ยงเองได้จริง แต่มาตรการนี้ไม่ลดอัตราการทอดทิ้งเด็ก เพียงแต่ลดอัตราการทิ้งเด็กในที่สาธารณะได้บ้างเท่านั้น ในขณะที่เด็กก็ต้องเผชิญกับสถานการณ์จำนวนสถานสงเคราะห์และบุคลากรมีไม่เพียงพอกับจำนวนเด็กที่รับไว้ดูแล มาตรการสำคัญที่ช่วยลดแรงกดดันต่อผู้หญิงและส่งผลต่อการตัดสินใจแก้ไขปัญหา เช่น การปรึกษาที่เสริมพลังใจและเน้นทางเลือกที่หลากหลายให้แก่ผู้ประสบปัญหา รวมถึงการรณรงค์สาธารณะอย่างต่อเนื่องเพื่อลดการตีตราทางสังคมต่อผู้ประสบปัญหายังคงเป็นมาตรการที่ถูกละเลยจากทุกภาคส่วนในสังคม

3. เรื่องเพศกับเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3.1 สถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับการระบาดของเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผลการศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2550 แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในประเทศไทยส่วนใหญ่มีแนวโน้มกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มประชากรที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ เยาวชนหญิงและชาย หญิงขายบริการทางเพศแบบแฝง ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด โดยในปี พ.ศ. 2548 พบอัตราการติดเชื้อหญิงต่อชายเท่ากับ 1:2.5 และอัตรา

การป่วยด้วยเอดส์ในเยาวชนเพศหญิงคือเยาวชนเพศชาย อายุ 15 - 19 ปี เท่ากับ 2:1 ขณะเดียวกัน ก็พบว่าอัตราการป่วยด้วยกามโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่ม แรงงานต่างชาติ ประชากรหนุ่มสาวและผู้ใหญ่วัยทำงาน โดยเยาวชนที่เป็นนักเรียน นักศึกษาอายุ ระหว่าง 15 - 19 ปี มีการติดเชื้อกามโรคเพิ่มขึ้น

3.2 ช่องว่างในการแก้ปัญหาเอชไอวี/ เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3.2.1 ปัญหาอัตราการรู้ถึงขบวนการนามัยประชากรทุกกลุ่มยังมีทัศนคติเชิงลบที่มีต่อ ขบวนการนามัย และการจัดสรรงบประมาณที่ไม่สมดุลระหว่างการดูแลรักษาและการป้องกันโรค โดยพบว่าปีที่ผ่านมาร้อยละ 70 ของงบประมาณเอดส์ได้ทุ่มเทไปเพื่อการดูแลรักษาเอดส์มากกว่า เพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้งบประมาณในการจัดหาขบวนการนามัยเพื่อให้บริการแก่ ประชาชนมีน้อยมาก

3.2.2 การสอนเพศศึกษาแบบรอบด้านเพื่อนำไปสู่เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การสอน และการอบรมเรื่องเพศศึกษาแบบรอบด้าน ที่มุ่งสอนให้เยาวชนรู้เท่าทันพัฒนาการทางร่างกายจิตใจ และค่านิยมด้านเพศภาวะ เพศวิถี ตลอดจนสอนให้มีทักษะการคิดวิเคราะห์สถานการณ์เรื่องเพศ ของตนเองอย่างมีวิจารณญาณ ให้ความรู้เรื่องทางเลือกในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ทักษะการใช้ อุปกรณ์การป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งวิธีการป้องกันปัญหาการท้อง และการทำแท้ง ยังคงเผชิญกับความไม่เข้าใจและการไม่สนับสนุนของคนในสังคม สิทธิในการได้รับความรู้และข้อมูลเรื่องเพศของเยาวชนถูกละเมิดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เยาวชนทั้งหญิงชาย รวมทั้ง เยาวชนที่เป็นเพศทางเลือกขาดความรู้ที่ครบถ้วนเพียงพอและถูกต้องในเรื่องการมีชีวิตรทางเพศ ที่ปลอดภัย เป็นสุข และปราศจากโรค

3.2.3 การจัดบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่สอดคล้องกับเงื่อนไขของเยาวชน การจัด บริการอนามัยเจริญพันธุ์ยังไม่ครอบคลุม ไม่สอดคล้องกับความต้องการ และไม่เป็นมิตรต่อเยาวชน ทั่วไป และเยาวชนเพศทางเลือกที่สำคัญคือผู้ให้บริการมีทัศนคติเชิงลบต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อน แต่งงานของเยาวชน จึงขาดความละเอียดอ่อนและให้บริการด้วยอคติเพราะตัดสินคุณค่าของเยาวชน จากพฤติกรรมทางเพศ ส่งผลให้เยาวชนไม่กล้าไปใช้บริการเมื่อมีปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพและปรับเปลี่ยนมุมมองของบุคลากรสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อเพิ่ม คุณภาพในการจัดบริการให้แก่เยาวชนทุกเพศและทุกประเภท

3.2.4 ระบบบริการดูแลรักษาและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ปรับเปลี่ยน การตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลจังหวัด มีข้อจำกัด ในทางปฏิบัติหลายประการ เช่น การให้บริการตรวจรักษาที่ไม่เป็นมิตร ไม่รักษาความลับ ไม่มีระบบ การติดตามก่อนมารักษาอย่างมีประสิทธิภาพ และไม่มีระบบการรายงานสถิติผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้การนำระบบบริการรักษาไปผูกติดกับสิทธิในระบบประกันสุขภาพ ทำให้เกิดผลเสียหลายในการควบคุมโรค ซึ่งเป็นปัญหามากในพื้นที่ที่มีแรงงานเคลื่อนย้ายเข้าออกจำนวนมาก เนื่องจากแรงงานย้ายถิ่นทั้งไทยและต่างชาติส่วนมากมีปัญหาเรื่องการไม่มีสิทธิหรือเข้าไม่ถึงสิทธิในระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่

3.2.5 การทำงานที่จำกัดตัวเองขององค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) ทุกระดับทั่วประเทศ ยังขาดการทำงานเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเชิงรุก ร่วมกับองค์กรอื่น ๆ โดยบทบาทที่ผ่านมามีส่วนมากจำกัดตัวเองอยู่กับบทบาทตั้งรับ เช่น การจ่ายเงินสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดย อปท. ไม่ได้กระตุ้นให้เกิดการทำงานด้านนี้ขึ้นมา อีกทั้งเมื่อมีกลุ่มและองค์กรอาสาทำงานขึ้นมา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ไม่ได้ช่วยเสริมการทำงานของกลุ่มและองค์กรเหล่านั้นให้เข้มแข็งแต่อย่างใด โดยบทบาทเป็นเพียงผู้ให้เงินสงเคราะห์เฉพาะรายเท่านั้น

การช่วยเหลือเด็กหญิงวัยเยาว์ที่ตั้งครรภ์

การช่วยเหลือเด็กหญิงวัยเยาว์ที่ตั้งครรภ์ เป็นความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ ดังนี้

1. การช่วยเหลือเด็กตามอนุสัญญาสิทธิเด็กขององค์การสหประชาชาติ เด็กหญิงวัยเยาว์ในการศึกษาวิจัยนี้ เป็นเด็กหญิงที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ที่มีอายุเจริญพันธุ์ ดังนั้น ถึงแม้ว่าสถานภาพของเด็กหญิงมีการเปลี่ยนแปลงจากเด็กหญิงวัยเรียนไปเป็นสตรีที่ตั้งครรภ์ก่อนสมรส หรือสตรีที่ตั้งครรภ์นอกสมรสก็ตาม เด็กหญิงวัยเยาว์ที่ตั้งครรภ์ก็ยังคงเป็น “เด็กหญิง” ที่มีสิทธิได้รับความคุ้มครองสถานภาพ “เด็กหญิง” ตามอนุสัญญาสิทธิเด็กขององค์การสหประชาชาติที่รับรองว่าสิทธิเด็กเป็นสิ่งที่แบ่งแยกไม่ได้ และกำหนดมิให้เลือกปฏิบัติต่อเด็ก อีกทั้งขยายการคุ้มครองเฉพาะเด็กบางกลุ่มและสิทธิเด็กบางประเภทมาสู่การคุ้มครองเด็ก 4 ประเภท (สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ, 2550, หน้า 21-31) ดังนี้

1.1 สิทธิที่จะอยู่รอด คือ สิทธิในการมีชีวิตรอดและสิทธิที่จะได้รับการดูแลทางสุขภาพ ได้รับโภชนาการที่ดี ได้รับการรัก ความเอาใจใส่จากครอบครัวและสังคม ให้การศึกษาและทักษะชีวิตที่ถูกต้อง ให้ที่อยู่อาศัยและการเลี้ยงดู สังคมต้องรับรองการมีชีวิตรอด

1.2 สิทธิที่จะได้รับความคุ้มครอง คือ สิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองจากการถูกแสวงหาผลประโยชน์ การเลือกปฏิบัติ ถูกกลั่นแกล้ง รังแก ทอดทิ้ง ถูกเอาเปรียบทางเศรษฐกิจหรือทางเพศ การไม่แบ่งแยกการไม่เลือกปฏิบัติต่อเด็กพิการ เด็กชนพื้นเมือง แรงงานเด็ก การคุ้มครองเด็กที่ไม่มีครอบครัว การกลับคืนสู่ครอบครัว การใช้สารเสพติด การเอารัดเอาเปรียบทางเพศ การซื้อขายเด็ก และการลักพาตัว

1.3 สิทธิที่จะได้รับการพัฒนา คือ สิทธิที่จะได้รับการศึกษาทุกประเภทได้รับ

การศึกษา การเล่น การนันทนาการ เสรีภาพทางความคิด มโนธรรม ศาสนา การพัฒนาบุคลิกภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สิทธิที่จะมีผู้รับฟัง มีเอกลักษณ์ทั้งในด้านสัญชาติ ชื่อ และครอบครัว

1.4 สิทธิในการมีส่วนร่วม คือ สิทธิที่เด็กจะแสดงความคิดเห็นในทุกเรื่องที่มีผล

ต่อตัวเด็ก ทศนะของเด็ก เสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น เสรีภาพในการติดต่อเกี่ยวข้องกับ การได้รับ ข่าวสารที่เหมาะสม และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก

2. การช่วยเหลือเด็กขององค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สืบเนื่องจาก

สาระสำคัญตามอนุสัญญาสิทธิเด็กขององค์การสหประชาชาติดังกล่าว ศูนย์การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม ได้จัดสัมมนาเพื่อระดมความคิดเห็นขององค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เกี่ยวกับแนวทางช่วยเหลือเด็กหญิงวัยเยาว์ที่ถูกระงับ ผู้ร่วมสัมมนาประกอบด้วย องค์กรสาธารณะประโยชน์ องค์กรต่างประเทศสหวิชาชีพ ผู้ปกครอง รวมถึงกลุ่มเยาวชน ผลการสัมมนาได้ข้อสรุปแนวทางให้การช่วยเหลือเด็กหญิงวัยเยาว์ ดังนี้ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2550)

2.1 ความช่วยเหลือฉุกเฉินและความช่วยเหลือด้านกฎหมาย

2.1.1 ศูนย์พึ่งได้ (One Stop Crisis Center) เดิมเป็นศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรี

ที่ถูกกระทำด้วยความรุนแรง ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลระดับจังหวัด มีจุดมุ่งหมายการช่วยเหลือแบบครบวงจร ได้แก่ การรักษาพยาบาล ฟื้นฟูจิตใจ และการสงเคราะห์ โดยมีการประสานงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ และได้รับความเป็นธรรมเมื่อถูกทำร้าย ต่อมาเมื่อ พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา บุคลากรในหน่วยงานต่าง ๆ เช่น ทีมเจ้าหน้าที่ของศูนย์พึ่งได้ (OSCC) ของโรงพยาบาลต่าง ๆ (ได้แก่ แพทย์ จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์) ร่วมกับตำรวจ พนักงานฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอีกหลายหน่วยงานที่อาจเป็นผู้รับแจ้ง ผู้พบ หรือผู้ทราบเรื่องเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัว ได้ประสานงานเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติงาน การรับแจ้งเหตุ การเข้าไปยังเคสสถานที่เกิดเหตุ การออกคำสั่ง กำหนดมาตรการและวิธีการของพนักงานเจ้าหน้าที่ การคุ้มครองสวัสดิภาพผู้ถูกกระทำ ความรุนแรง การร้องทุกข์แทนผู้เสียหาย การแยกผู้ถูกกระทำออกจากครอบครัว วิธีการให้ผู้ถูกกระทำเข้าบำบัดรักษา การฟื้นฟูจิตใจ และการทำรายงานข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการกระทำผิด “ศูนย์พึ่งได้” จึงเป็นหน่วยงานเบื้องต้นสำหรับช่วยเหลือเด็กหญิงที่มีปัญหาจากการคุกคามด้านต่าง ๆ รวมทั้งเด็กหญิงที่มีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ด้วย

2.1.2 บ้านพักเด็กและครอบครัว เป็นหน่วยงานราชการในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีอยู่ทุกจังหวัดในประเทศไทย มีภารกิจหลัก คือ ป้องกัน แก้ไข พิทักษ์คุ้มครอง และพัฒนาศักยภาพกลุ่มเป้าหมาย เสริมสร้างกลไกและกระบวนการพัฒนาสังคม เพื่อความมั่นคงของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เสริมสร้างเครือข่ายด้านการพัฒนาสังคม

บทบาทหน้าที่ของบ้านพักเด็กและครอบครัว

1. เป็นศูนย์รับเรื่องและปฏิบัติการ 24 ชั่วโมง
2. เป็นที่พักพิงชั่วคราวสำหรับผู้ประสบปัญหาเดือดร้อน
3. เป็นศูนย์ประสานงานร่วมภาครัฐและเอกชน
4. จัดการส่งกลับภูมิลำเนา สถานสงเคราะห์ และจัดหางานให้

กลุ่มเป้าหมายที่สามารถเข้ารับบริการ

1. เด็กที่ประพฤติดันไม่สมควรแก่วัย ตามประกาศของคณะปฏิวัติฉบับที่ 294 ได้แก่ เด็กที่มีปัญหาความประพฤติ เด็กเร่ร่อน เด็กขอทาน
2. เด็กกำพร้าอนาถาไร้ญาติขาดที่พึ่ง บุคคลทั่วไปที่ประสบปัญหาเดือดร้อน ตกทุกข์ได้ยาก
3. ครอบครัวที่อยู่ในระหว่างติดตามสามี ภรรยา หรือบุตรที่พลัดหลง แต่ขาดทุนทรัพย์ ในการหาที่พักพิงหรือเดินทางกลับภูมิลำเนา
4. เด็กที่ถูกใช้เป็นเครื่องมือในการแสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกกระทำการด้วยวิธีการต่างๆ
5. สตรีตั้งครรภ์นอกสมรส
6. ผู้ค้าขายโอกาส และผู้ประสบปัญหาเดือดร้อนทุกประเภท

2.1.3 องค์กรเครือข่ายสตรีต่าง ๆ เป็นองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านผู้หญิง ซึ่งใช้แนวทางแก้ไขกฎหมายควบคู่กับมาตรการทางสังคมในการยุติปัญหาความรุนแรงที่ผู้หญิงได้รับทั้งด้านร่างกายและทางเพศ ตามคำประกาศเพื่อยุติความรุนแรงต่อผู้หญิง ตามความหมาย ที่องค์การสหประชาชาติประกาศในปี พ.ศ. 2537 ความรุนแรงต่อผู้หญิง หมายถึง การใช้ความรุนแรงใด ๆ อันสืบเนื่องมาจากความแตกต่างระหว่างหญิงชาย ซึ่งมีผลหรือมักจะมีผลทำให้เกิดอันตรายทางกาย ทางเพศ หรือทางจิตใจต่อผู้หญิงทั้งในครอบครัว ชุมชน สถานที่ทำงาน และสถาบันการศึกษา ตัวอย่างองค์กรเครือข่ายด้านสตรีที่พร้อมให้การช่วยเหลือเด็กหญิงหรือสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในประเทศไทย ได้แก่ องค์กรเอกชนให้คำปรึกษาแก่ผู้หญิงกรุงเทพมหานคร เช่น มูลนิธิเพื่อนหญิง สหทัยมูลนิธิ มูลนิธิผู้หญิง มูลนิธิปวีณาหงสกุล

2.2 ความช่วยเหลือด้านฝากครรภ์และคลอด (คลินิกการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น) สืบเนื่อง จากสถิติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั่วโลกโดยนับอายุที่คลอดในช่วงอายุ 15 - 19 ปี มีประมาณ 65

ต่อ 1,000 ราย ในประเทศไทยมีอัตราคลอดในช่วงวัยรุ่นอยู่ที่ 70 ต่อ 1,000 ราย ซึ่งปัจจุบันพบว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีมากขึ้น ส่งผลให้เกิดผลกระทบที่ตามมาทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ สังคมของแม่วัยรุ่นและเด็กทั้งในระหว่างการตั้งครรภ์และหลังคลอด โดยร้อยละ 20 - 30 ของ การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 80 ของวัยรุ่น ที่ตั้งครรภ์เป็นการตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจ และมากกว่าร้อยละ 25 ตั้งครรภ์ภายใน 2 ปี ผลการศึกษา ยังพบว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด ทารกเสียชีวิต หลังคลอด และร้อยละ 10 ถูกทอดทิ้งเพราะความไม่พร้อมของมารดา ผลกระทบต่อตัวมารดาวัยรุ่น ได้แก่ ครรภ์เป็นพิษร้อยละ 57 มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดภายใน 4 ปี และระดับการศึกษาต่ำ ปัญหา ข้างต้น ทำให้มีนโยบายจัดตั้งคลินิกการตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่นขึ้นในโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง

การจัดตั้งคลินิกการตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม แก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ โดยสูติแพทย์ กุมารแพทย์ จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา โดยให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ด้านการดูแลแบบองค์รวม ร่วมกันวางแผนและแก้ไขผลกระทบที่จะเกิด กับตัววัยรุ่นและครอบครัว เน้นการเสริมสร้างความนับถือตนเอง ทักษะชีวิต และการให้ความรู้ เรื่องเพศศึกษา รวมถึงการวางแผนครอบครัว และการเลี้ยงดูบุตรอย่างถูกต้อง ทำให้แม่วัยรุ่นได้รับ โอกาสที่ดีในสังคม ไม่ถูกทอดทิ้ง มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดีทั้งแม่และลูก กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่ตั้งครรภ์และมาฝากท้องที่โรงพยาบาลของรัฐ

2.3 ความช่วยเหลือด้านการศึกษา (อนุญาตนักเรียนหญิงที่ตั้งครรภ์ศึกษาต่อได้)

จากการสัมมนาวิชาการเพศศึกษาเพื่อเยาวชน ในงานประชุมวิชาการเพศศึกษาเพื่อเยาวชนและตลาดนัด ประสพการณ์ ครั้งที่ 3 “รัก โคร่ และเรียนรู้” (Love, Lust and Learning) ซึ่งจัดโครงการก้าวอย่าง อย่างเข้าใจ โดยองค์การแพธ (PATH) เมื่อวันที่ 25 - 27 ตุลาคม พ.ศ. 2550 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชัน กรุงเทพฯ จรวยพร ธรณินทร์ ปลัดกระทรวงศึกษาธิการได้ประกาศนโยบาย “การอนุญาต ให้นักเรียนหญิงที่ตั้งครรภ์ สามารถศึกษาต่อได้ ห้ามโรงเรียนไล่ออก โรงเรียนไหนไล่เด็กตั้งครรภ์ออก ขอให้แจ้งไปที่ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กของกระทรวงศึกษาธิการทันที” โดยคาดหวังว่าเรื่องราวของ เด็กหญิงวัยเยาว์ที่ตั้งครรภ์ 1 คนในโรงเรียนจะกลายเป็นแหล่งข้อมูลเรื่องการตั้งครรภ์ที่เป็นตัวอย่าง สามารถเผยแพร่การป้องกันการมีลูกในวัยเรียนและอาจจุดประกายให้เยาวชนดมีเพศสัมพันธ์ก่อน วัยอันควร หรือมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมากขึ้น (จรวยพร ธรณินทร์, 2550)

2.4 การดูแลเด็กที่ถูกละเมิดทางเพศหรือตั้งครรภ์ ประเทศไทยได้ดูแลเด็กที่ถูกละเมิด ทางเพศหรือตั้งครรภ์ ดังนี้

2.4.1 การค้นหาความจริงหรือการสอบสวนว่ามีอะไรเกิดขึ้น โดยนักสังคมสงเคราะห์ ร่วมกับพนักงานสอบสวนสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ ตรวจสอบหาความเสียหาย

ทางร่างกาย ตรวจประเมินความเสียหายที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจ ประเมินสัมพันธภาพระหว่างเด็กและครอบครัวและสังคมแวดล้อม

2.4.2 การคุ้มครองและป้องกันเฉพาะหน้า เมื่อพบว่าเด็กถูกทารุณกรรม ถูกละเมิดทางเพศหรือตั้งครรภ์ ผู้ทำหน้าที่ดูแลเด็กต้องประเมินความเสี่ยงของการที่เด็กจะยังอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม ในกรณีที่ประเมินแล้วว่ามีความเสี่ยงที่เด็กอาจถูกกระทำซ้ำต้องทำการแยกเด็กออกจากพื้นที่ ซึ่งกระบวนการนี้ต้องอาศัยการดำเนินงานทางด้านกฎหมายเข้ามาช่วยหรือประสานงานจากหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรเอกชน เช่น การจัดที่พักชั่วคราวในสถานสงเคราะห์ต่าง ๆ และบ้านพักฉุกเฉิน

2.4.3 กระบวนการบำบัดฟื้นฟูเด็ก เมื่อตรวจพบความเสียหายที่เกิดขึ้นไม่ว่าทางด้านร่างกายและจิตใจ จำเป็นต้องมีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูจิตแพทย์และทีมซึ่งประกอบด้วย นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ จะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ในบางครั้งอาจต้องอาศัยขั้นตอนทางกฎหมายมาช่วย

2.4.4 การคืนเด็กสู่สังคม ต้องมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ โดยนักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งการประสานงานกับองค์กรที่ให้ความช่วยเหลือ และติดตามประเมินการดูแลระยะยาว ทั้งนี้ มีเครือข่ายองค์กรช่วยเหลือด้านเด็กและสตรีในประเทศไทยทั้งภาครัฐและเอกชน ที่พร้อมให้การช่วยเหลืออยู่เป็นจำนวนมาก

ปัจจุบันทุกภาคของประเทศไทยมีแม่วัยรุ่นที่มีแนวโน้มจำนวนสูงมากกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่ควรเกินร้อยละ 10 สาเหตุการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นส่วนหนึ่งเกิดจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้ชาย ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ประกอบกับวัฒนธรรมทางเพศในสังคมไทยปลูกฝังให้ผู้ชายเรียนรู้และหาประสบการณ์ทางเพศ มีผลให้ผู้หญิงเป็นฝ่ายถูกกระทำได้ง่ายแต่กลับเป็นฝ่ายที่สังคมตีตราว่ามีความประพฤติไม่เหมาะสม ดังนั้น หญิงที่พบปัญหาเรื่องเพศจึงมีแนวโน้มปิดบังสังคม อีกทั้งการจัดบริการบ้านพักสำหรับผู้ที่มีปัญหาที่มีจำกัด บุคลากรขาดทักษะในการป้องกันแก้ไขและการดูแลผู้ที่มีปัญหา แต่องค์กรภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องได้ร่วมมือและพยายามป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และให้ความช่วยเหลือในกรณีที่มีปัญหา

ทฤษฎีพัฒนาการทางบุคลิกภาพ

- พัฒนาการทางบุคลิกภาพของมนุษย์ที่นำมาสู่การตั้งครรภ์ อธิบายได้ด้วยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ ทฤษฎีพัฒนาการทางบุคลิกภาพตามแนวคิดของอีริกสัน และพัฒนาการของเด็กในทางการแพทย์ ได้ดังนี้

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์

ฟรอยด์ (Freud, 1910) นำเสนอทฤษฎีจิตวิเคราะห์ในด้านโครงสร้างเกี่ยวกับบุคลิกภาพ และลำดับการพัฒนาการ ดังนี้

1. โครงสร้างเกี่ยวกับบุคลิกภาพ โครงสร้างบุคลิกภาพของฟรอยด์ ตามระบบของจิตใจ คือ จิตไร้สำนึก (Id) จิตสำนึก (Ego) และจิตเหนือสำนึก (Superego)

1.1 จิตไร้สำนึก ฟรอยด์เชื่อว่า จิตไร้สำนึกเป็นระบบทางจิตดั้งเดิมมีรากฐานอยู่ที่ชีวภาพของคน และส่วนใหญ่ประกอบด้วยจิตไร้สำนึกซึ่งมีทั้งเชิงสรีรและอารมณ์ความรู้สึก สัญชาตญาณเหล่านี้ประสานกันในทุกเหตุการณ์ต่าง ๆ และมีผลต่อพฤติกรรมของเขา ฟรอยด์เปรียบเทียบจิตไร้สำนึกว่าเป็นแรงกระตุ้นที่พยายามจะแสดงออกในโลกแห่งความเป็นจริง ดังนั้น จิตไร้สำนึกจะไร้ศีลธรรมและไม่สนใจสิ่งที่ละเอียดอ่อนและประเพณีของสังคม เพียงแต่ทำตามหลักแสวงหาเหมือนว่าหลักการแสวงหาความสุขนั้นรากฐานมาจากปรัชญาแห่งการรักความสุขและความสนุก ซึ่งมีหลักว่าบุคคลพยายามหาความสุขและลดความทุกข์เสมอ

1.2 จิตสำนึก (Ego) ตามทฤษฎีของฟรอยด์การควบคุมจะเกิดขึ้นเมื่อจิตสำนึกแยกตัวออกจากจิตไร้สำนึก ซึ่งจิตสำนึก หมายถึง ส่วนที่จัดระบบแล้วของจิตไร้สำนึกเกิดขึ้นเพื่อจัดระเบียบพฤติกรรมมนุษย์ เพราะความต้องการของคน จึงมีการปรับความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเพื่อความพอใจที่แท้จริงของตน ดังนั้น จิตสำนึกเกิดขึ้นเพื่อทำตามคำสั่งของจิตไร้สำนึก ในขณะเดียวกัน จะทำการควบคุมแรงขับให้อยู่กับร่องกับรอยจนกว่าจะหาสิ่งสนองความต้องการได้

1.3 จิตเหนือสำนึก (Superego) คือ อุดมการณ์ที่คนเรียนรู้มา จิตเหนือสำนึกมีองค์ประกอบสองประการ คือ ความรู้สึกผิดชอบ (Conscience) และความรู้สึกผิด (Ego-Ideal) ความรู้สึกผิดชอบ (Conscience) นั้น เกิดจากการถูกพ่อแม่ทำโทษ ส่วนความรู้สึกผิดได้จากการได้รับรางวัล เมื่อคนทำความผิด ความรู้สึกผิดชอบจะทำให้เขารู้สึกผิด (Guilty) และเมื่อทำตามความต้องการของพ่อแม่ จะทำให้ท่านเห็นชอบจะเกิดความภูมิใจ หน้าที่สำคัญของจิตเหนือสำนึก คือ ชัดขวางจิตไร้สำนึกและชักจูง จิตสำนึกให้ใช้หลักศีลธรรมแทนหลักความเป็นจริงและมุ่งหาความสมบูรณ์แบบ

2. พัฒนาการตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ อธิบายเกี่ยวกับการใช้พลังทางเซ็กส์ตลอดช่วงพัฒนาการของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนถึงขั้นสุดท้าย ดังนี้

2.1 ระยะปาก (Oral Stage) ในขวบปีแรกนี้เด็กจะถูกครอบงำโดยจิตไร้สำนึก และตามความคิดของฟรอยด์ เด็กไม่สามารถแยกแยะตัวตนของตนเองกับสิ่งแวดล้อม เด็กจะถูกควบคุมโดยแรงขับซึ่งเกิดจากชีวภาพและธรรมชาติของเด็ก คือ เห็นแก่ตัว จุดสำคัญที่หาความสุข คือ ปาก ฟรอยด์เรียกช่วงนี้ว่า ระยะปาก (ฟรอยด์ไม่ได้เน้นว่าปากเป็นแหล่งบริโภคน้ำและอาหาร) ดังนั้น แหล่งให้ความสุขแก่เด็กที่สำคัญ คือ พ่อแม่ และพฤติกรรมของพ่อแม่จะเป็นตัวกำหนดว่าเวลา

โตขึ้นเด็กจะมีปัญหาหรือไม่ ปัญหาเหล่านี้อาจจะเกิดจากพ่อแม่เอาใจมากเกินไป หรือเอาใจใส่น้อยไป เช่น แม่เด็กไม่ยอมให้นมลูกโดยการหย่านมกะทันหัน พลังทางเพศส่วนหนึ่งของเด็กจะถูกยึดติดกับความขัดแย้งนี้ พลังส่วนอื่นก็จะเคลื่อนไปประยะถัดไป

2.2 ระยะทวารหนัก (Anal Stage) ในช่วงขวบที่สองและที่สามความสุขของเด็กจะมุ่งอยู่ที่ทวารหนัก ความสุขหลักของเด็กคือการได้เก็บหรือปล่อยอุจจาระ ในช่วงระยะทวารหนัก จิตสำนึกเริ่มแยกตัวออกจากจิตไร้สำนึก และเด็กเริ่มแสดงความเป็นตัวของตัวเอง โดยไม่ได้เกี่ยวกับความมีเหตุผลในการตัดสินใจเมื่อเด็กเผชิญความขัดแย้ง ในทางตรงกันข้ามจะเป็นอิสรภาพเชิงลบ ซึ่งหมายความว่าเด็กจะปฏิเสธทุกอย่างที่พ่อแม่เสนอให้ตามทฤษฎีของฟรอยด์ ช่วงนี้มีสิ่งสำคัญคือการสอนให้ขับถ่าย (Toilet Training) สำหรับวัฒนธรรมทั้งหลาย ความสะอาดเป็นเรื่องสำคัญ พ่อแม่จึงย้ำเน้นเรื่องการควบคุมเรื่องการถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เด็กอาจได้ตอบโดยการกลั้นไว้หรือไม่ก็ปล่อยเลอะเทอะ ความขัดแย้งซึ่งเกิดขึ้นในช่วงนี้จะชี้บ่งถึงปัญหาเฉพาะทางพฤติกรรมเมื่อถึงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่

2.3 ระยะปมเพศ (Phallic Stage) พอถึงช่วงขวบที่ 4 และที่ 5 ของชีวิต ความตึงเครียดทางเซ็กส์เกิดขึ้นที่อวัยวะเพศ ฟรอยด์คิดว่าในขั้นนี้ทั้งเด็กชายและเด็กหญิงหาความสุขทางเพศกับการจัดการกับอวัยวะเพศตัวเอง เด็กผู้ชายอยากสัมผัสทางเซ็กส์กับแม่ ทัวไปแล้วเด็กจะหาความรักความผูกพันกับแม่ ในขณะที่เด็กก็รู้ว่าพ่อแม่มีความสัมพันธ์กันทางเพศ พ่อเป็นคู่แข่งและพ่อตัวใหญ่กว่าแข็งแรงกว่าเด็กจึงกลัวถูกพ่อทำโทษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลัวว่าอวัยวะเพศจะถูกตัด เด็กชายจึงกลัวการถูกตอนและแก้ปัญหาด้วยการรับเอกลักษณ์ของพ่อ (Identification) วิธีนี้แก้ปัญหาได้ดีขึ้น ฟรอยด์เรียกปมนี้ว่า Oedipal Complex

2.4 ระยะนิ่งเฉย (Latency Stage) ขั้นของพัฒนาการช่วงอารมณ์แฝง และเรียกว่าระยะนิ่งเฉย ซึ่งเป็นช่วงตั้งแต่ 6 ขวบถึงช่วงแตกเนื้อหนุ่มเนื้อสาว ในช่วงนี้ความรู้สึกทางเพศจะอยู่เฉยๆ ฟรอยด์มีความเชื่อว่าคุณลักษณะของความประพฤติของคนได้ก่อตัวขึ้นในช่วง 5 ขวบแรกของชีวิต จึงมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญตอนหลังได้ยากหรือไม่ก็เป็นไปไม่ได้เลย ช่วงนี้พลังทางเพศมิได้ลดลงแต่ถูกผันไปทำอย่างอื่น เช่น เรียนหนังสือและฝึกทักษะต่าง ๆ

2.5 ระยะสืบพันธุ์ (Genital Stage) การมาถึงของช่วงแตกเนื้อหนุ่มสาว ทำให้มีความเครียดมากขึ้นอย่างมาก อวัยวะสืบพันธุ์เจริญเติบโตเต็มที่ทั้งสองเพศ จึงพร้อมที่จะสืบพันธุ์ ในช่วงก่อนหน้านี้เน้นสัญชาตญาณทางเซ็กส์ได้เป็นไปในลักษณะทำกับตัวเอง (Autocratic) แต่ตอนนี้มีเป้าหมายที่ต้องการคือมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่น ในขั้นนี้การปรับตัวทางรักเพศตรงข้ามขึ้นอยู่กับพลังทางเพศที่มีอยู่ ถ้าไม่มีประสบการณ์เลวร้ายจนมีการยึดติดทางเพศ พัฒนาการก็จะผ่านไปโดยปกติ

สำหรับฟรอยด์คนปกติคือคนที่ปรับตัวได้ทางความรักและการงาน ในทางตรงข้าม คนไม่ปกติจะมีการติดขัดอยู่ในบางระยะ จนมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ พบว่า การที่มนุษย์มีความสนใจเรื่องเพศ และต้องการมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นพัฒนาการบุคลิกภาพที่เกิดขึ้นตามปกติของมนุษย์ แต่ควรเกิดขึ้นในระยะสืบพันธุ์ ถึงแม้ว่าตามความเป็นจริง ความตึงเครียดทางเซ็กส์จะเริ่มเกิดขึ้นที่อวัยวะเพศ ตั้งแต่ช่วงอายุ 4 - 5 ปี จนถึงในช่วงก่อนระยะสืบพันธุ์ แต่บุคคลถูกควบคุมการแสดงออกโดยจิตเหนือสำนึกของตนเอง ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกผิดชอบและความรู้สึกผิด โดยการเบี่ยงเบนพลังทางเพศไปทำอย่างอื่นในช่วงเวลาที่ยังไม่เหมาะสม เช่น เรียนหนังสือและฝึกทักษะ ดังนั้น การมีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ของเด็กหญิงวัยเยาว์ จึงเป็นปรากฏการณ์ที่แตกต่างไปจากแนวคิดของฟรอยด์ และเป็นประเด็นที่น่าศึกษาวิจัย

ทฤษฎีพัฒนาการทางบุคลิกภาพ ตามแนวคิดของอีริกสัน

อีริกสัน (Erikson, 1963) ได้เสนอพัฒนาการของบุคลิกภาพ 8 ขั้น โดย 4 ขั้นแรกนั้นเกี่ยวข้องกับทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ คือ ระยะปาก ระยะทวารหนัก ระยะปุ่มเพศ และระยะนิ่งเฉย อีริกสันให้ความสำคัญกับตัวแปรทางเซ็กส์น้อยกว่าฟรอยด์ แต่ความสำคัญกับประสบการณ์ทางสังคมของบุคคล ส่วน 4 ขั้นหลังมีความเกี่ยวข้องกับทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์น้อยมาก ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ขั้นตอนการพัฒนาของบุคลิกภาพ อีริกสัน (Erikson, 1963)

ระยะ	ช่วงอายุ	พัฒนาการทางบุคลิกภาพ
1. ปาก - ความรู้สึก (Oral-Sensory)	แรกเกิด - 1 ปี	ความไว้วางใจหรือไม่ไว้วางใจ (Basic Trust vs. Mistrust)
2. กล้ามเนื้อ - ทวารหนัก (Muscular-Anal)	2 - 3 ปี	ความเป็นตัวของตัวเอง หรือความสงสัย (Autonomy vs. Shame and Doubt)
3. เคลื่อนไหว - ปุ่มเพศ (Locomotor-Genital)	4 - 5 ปี	ความคิดริเริ่ม หรือความสำนึกผิด (Initiative vs. Guilt)
4. นิ่งเฉย (Latency)	6 - 12 ปี	ความเอาใจงาน หรือความรู้สึกมีปมด้อย (Industry vs. Inferiority)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ระยะ	ช่วงอายุ	พัฒนาการทางบุคลิกภาพ
5. วัยรุ่น (Adolescence)	13 - 19 ปี	ความมีเอกลักษณ์แห่งตน หรือความไม่เข้าใจตนเอง (Identity vs. Role Confusion)
6. วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Young Adulthood)	20 - 24 ปี	ความสนิทชิดชอบ หรือการแปลกแยก (Intimacy vs. Isolation)
7. วัยผู้ใหญ่เต็มวัย (Middle Adulthood)	25 - 64 ปี	ความเสียสละ หรือความเห็นแก่ตัว (Generativity vs. Stagnation)
8. วัยผู้สูงอายุ (Late Adulthood)	65 ปี - เสียชีวิต	ความมั่นคงทางจิตใจ หรือความสิ้นหวัง (Ego Integrity vs. Despair)

ขั้นตอนการพัฒนาของบุคลิกภาพ (Erikson, 1963)

1. ขั้นปาก - ความรู้สึก (Oral-Sensory): ความไว้วางใจหรือไม่ไว้วางใจ (Basic Trust vs. Mistrust)

ขั้นแรกของพัฒนาการของอีริกสันนั้นคล้ายระยะปาก (Oral Stage) ของ فروйд และเกิดขึ้นในช่วงแรกของชีวิต ความสุขอยู่ที่ปากและกิจกรรมหลัก คือ การให้อาหาร ทารกจะอยู่และมีความรักทางปาก แม่คือผู้ที่ดูแลความต้องการของเด็ก และพัฒนาการที่ดีของเด็กขึ้นอยู่กับคุณภาพของการดูแล เจตคติต่อการเลี้ยงดูของแม่นั้นขึ้นอยู่กับค่านิยมของสังคมที่อาศัยอยู่ ถ้าสังคมดูถูกการเป็นแม่ ผลก็คือคนเลี้ยงดูเด็กจะต่อต้านบทบาทของเธอเอง แต่ถ้าสังคมยกย่องและสรรเสริญคุณสมบัติของแม่ แม่ก็จะมีเจตคติที่ดีและสร้างสรรค์ต่อการเลี้ยงดู

ตามความคิดเห็นของอีริกสัน ถ้าแม่รักลูกและมีความคงเส้นคงวาในการเลี้ยงดู เด็กก็จะมีแนวโน้มที่จะพัฒนาการความไว้วางใจขั้นพื้นฐาน ความสำเร็จขั้นแรกของทารกก็คือการปล่อยให้คนเลี้ยงดูคลาดสายตา เพราะเขามีความมั่นคงทางใจ และรู้ว่าเธอจะกลับมาหาเขาจะไม่รื้อรนใจอย่างไม่มีเหตุผล ความมั่นคงทางใจดังกล่าวจะเริ่มสร้างเอกลักษณ์ของจิตสำนึกนั้นมิได้เกิดจากความรู้สึกด้านเดียว แต่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างแม่กับลูก ไม่เพียงแต่ความน่าไว้วางใจของแม่จะทำให้เด็กไว้วางใจ แต่ตัวเด็กก็มีพฤติกรรมที่แสดงความไว้วางใจ พอเด็กเริ่มมีฟันเด็กจะเริ่มกัด เด็กจะต้องเรียนรู้ว่ากัดไม่ได้ เพื่อป้องกันแม่ออกห่างด้วยความโกรธและเจ็บปวด ถ้าเด็กได้เรียนรู้อย่างถูกต้องในขั้นนี้แม่ก็จะไว้วางใจลูก และทั้งแม่และลูกก็จะสัมพันธ์กันอย่างผ่อนคลายและมีความสุขในความสัมพันธ์ต่อกัน

ในทางตรงกันข้าม ความรู้สึกไม่ไว้วางใจนั้นเกิดจากแม่แสดงออกว่าพึ่งไม่ได้ เห็นห่าง และปฏิเสธลูก แม่ขาดคุณสมบัติที่จะให้ลูกพึ่ง ไม่ดูแลลูก ทำให้เด็กคับแค้น โกรธเคือง และโมโห ทำให้เด็กเรียกร้องและไม่มีเหตุผล ความรู้สึกที่ถูกทอดทิ้งจะทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจ ซึ่งความรู้สึกนี้จะมีผลต่อพัฒนาการในขั้นต่อไป

ถ้าความสัมพันธ์โดยทั่วไปกับแม่เป็นไปในเชิงบวกมากกว่าลบ เด็กก็จะมีเจตคติต่อผู้อื่นที่ไว้วางใจมากกว่าไม่ไว้วางใจ อย่างไรก็ตามบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีจะไม่ไว้วางใจผู้อื่นเต็มที่ เพราะบุคคลดังกล่าวจะช้อเกินไป เชื่อคนง่ายไป และจะถูกทำร้ายง่ายเกินไป การมีความไม่ไว้วางใจเล็กน้อยจึงเป็นเรื่องดี ทั้งนี้เพราะในสังคมมีบุคคลที่อันตราย ความระมัดระวังจึงมีความสำคัญต่อการอยู่รอด

2. ขั้นกล้ำเนื้อ - ทวารหนัก (Muscular-Anal) ความเป็นตัวของตัวเอง หรือความสงสัย (Autonomy vs. Shame and Doubt)

พัฒนาการขั้นที่สองของอีริกสันเกี่ยวข้องกับอย่างใกล้ชิดกับ ระยะทวารหนัก (Anal Stage) ของ فروยด์ เกิดขึ้นในช่วงขวบที่ 2 และที่ 3 ของชีวิต ในช่วงนี้กล้ำเนื้อของเด็กเริ่มมีวุฒิภาวะ ดังนั้นเด็กจะเริ่มรู้จักควบคุมกล้ำเนื้อ จึงเป็นช่วงที่มีการฝึกการขับถ่าย (Toilet Training) ในช่วงนี้เด็กจะต้องฝึกการใช้กล้ำเนื้อให้ถูกต้องเพื่อการขับถ่ายปัสสาวะ อูจาระ จะได้เป็นไปตามกฎระเบียบของสังคม อีริกสันได้ชี้ให้เห็นว่าความขัดแย้งในเรื่องเกี่ยวกับการอื่นไว้ หรือการปล่อยมิได้เกิดขึ้นในทุกสังคม ในสังคมเกษตรหลายแห่งพ่อแม่ไม่สนใจพฤติกรรมขับถ่ายของลูก แต่ปล่อยให้พี่ของเด็กพาเด็กไปที่พุ่มไม้เพื่อให้เด็กขับถ่าย เด็กวัยเตาะแตะจะเรียนรู้จากการเลียนแบบพี่ ส่วนในสังคมสมัยใหม่มักมีการขัดแย้งกันระหว่างการฝึก เพราะสังคมปัจจุบันได้ตั้งมาตรฐานของความสะอาดไว้สูง เราเน้นความตรงเวลาและเน้นการดับกลิ่นตัว ดังนั้น เด็กจะต้องเชื่อฟังทำให้เกิดการขัดแย้งกันของความมุ่งมั่นและเกิดการขัดแย้งเรื่องอำนาจระหว่างพ่อแม่และเด็ก สิ่งที่เกิดขึ้นก็คือ ในขณะที่เด็กเริ่มเรียนรู้เรื่องไว้วางใจผู้อื่นและโลก พวกเขาต้องมีการต่อสู้ใหม่เพื่ออิสรภาพ ต้องมีความมุ่งมั่นในตัวเองและต้องเสี่ยงไว้วางใจคน ในขณะที่ต้องเรียนรู้ในการควบคุมตัวเอง

ความรู้สึกเป็นอิสระและการควบคุมตัวเองจะเกิดขึ้นได้ถ้าพ่อแม่คอยแนะนำลูก ทำให้เด็กเกิดความภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเองและทำให้พวกเขามีความรู้สึกที่ดีต่อผู้อื่น มีความมุ่งมั่น “ความมุ่งมั่นที่แน่วแน่ในการมีทางเลือกและการยับยั้งตัวเอง” ซึ่งเพิ่มอำนาจในการแสดงความคิดเห็นและการตัดสินใจอย่างช้า ๆ

ถ้าพ่อแม่ปล่อยลูกมากเกินไป หรือเข้มงวดกับลูกมากเกินไป เด็กจะเกิดความรู้สึกฟ่ายแพ้ และอาจนำไปสู่ความรู้สึกอับอายและไม่มั่นใจ ทำให้พวกเขาไม่มั่นใจในการที่จะแสดงความคิดเห็นและไม่มั่นใจว่าจะควบคุมชีวิตของตนเองได้ ผลที่อาจเกิดขึ้นประการหนึ่งก็คือ การพยายามควบคุมโดยการกระทำรุนแรง

บุคคลที่มีการพัฒนาเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมชีวิต เมื่อเติบโตขึ้นจะสนับสนุนกฎระเบียบของสังคมถึงขนาดอาศัยกฎหมายสร้างความยุติธรรม พวกเขาคิดว่า การเคารพกฎหมายเป็นหนทางที่จะรักษาเสรีภาพ อิสระภาพ และคงไว้ซึ่งความมีศักดิ์ศรีที่ถูกต้อง

3. ขั้นเคลื่อนไหว - ปุ่มเพศ (Locomotor-Genital): ความคิดริเริ่ม หรือความสำนึกผิด (Initiative vs. Guilt)

ในขั้นที่ 3 ซึ่งเด็กมีอายุ 4 และ 5 ขวบ มีความคล้ายคลึงกับระยะปุ่มเพศ (Phallic Stage) ของฟรอยด์ ถ้าการแก้ปมขัดแย้งในขั้นก่อน ๆ ประสบความสำเร็จ เด็กจะรู้สึกว่าเป็นปัจเจกบุคคลเต็มที่ ในขั้นที่สามนี้มีสิ่งสำคัญคือความคิดริเริ่ม เด็กจะต้องค้นหาคำตอบว่าตนเองจะเป็นคนประเภทไหน เด็กในวัยนี้มีความจงใจในตัวเอง พ่อแม่ เพื่อน และสิ่งแวดล้อม การเจริญเติบโตทางร่างกายทำให้เด็กสามารถเคลื่อนไหวโดยสะดวก เด็ก ๆ จะคบหาคนนอกครอบครัวโดยอิสระ พวกเขาเล่นและมีการทดลองกิจกรรมกับเพื่อน การใช้ภาษาเก่งขึ้น พวกเขาจะป้อนคำถามมากมายด้วยความอยากรู้ นอกจากนี้ยังมีการใช้บทบาทสมมติทำให้ได้ซักซ้อมบทบาททางสังคม

เด็กวัยนี้ชอบก้าวร้าว เพราะนอกจากการสำรวจสิ่งแวดล้อมและทดสอบการแสดงบทบาทแล้ว อีริคสันยังเชื่อเหมือนฟรอยด์ พวกเขาสนใจเรื่องเซ็กส์มาก เด็กมีความพยายาม (ในจินตนาการ) ที่จะเป็นเจ้าของพ่อแม่เพศตรงข้าม พร้อมกับรู้สึกเป็นคู่แข่งกับพ่อแม่เพศตรงข้าม ถ้าเด็กถูกทำโทษอย่างแรงเพราะเรื่องนี้ พวกเขาจะรู้สึกผิด ในทางตรงกันข้ามถ้าพ่อแม่มีความเข้าใจและช่วยสอนให้ลูกคิดและทำในสิ่งที่สังคมยอมรับ พวกเขาจะมีความรู้สึกมีเป้าหมายชีวิต คุณสมบัติของการพัฒนาการดังกล่าวก็คือ ทำให้คิดถึงเรื่องใหญ่ โดยรับเอกลักษณ์ของพ่อแม่และตั้งเป้าหมายชีวิตที่สำคัญ

4. ขั้นนิ่งเฉย (Latency): ความเอาใจหาตนเอง หรือความรู้สึกมีปมด้อย (Industry vs. Inferiority)

พัฒนาการขั้นที่ 4 ของอีริคสันตรงกับพัฒนาการระยะนิ่งเฉยของฟรอยด์ ซึ่งก็คือช่วง 6 ขวบถึง 12 ขวบ แม้ระยะนี้เด็กสนใจเรื่องเซ็กส์มาก แต่ความต้องการทางเพศสงบลงเพราะเด็กเริ่มเข้าโรงเรียน โรงเรียนเป็นสนามชีวิตอีกแห่งหนึ่งที่เด็กได้เรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ และการประดิษฐ์เด็กเกิดความขยัน พยายามเรียนรู้วิธีการทำงานให้ลุล่วง ทรูกลายเป็นบุคคลสำคัญในชีวิต ช่วยเตรียมเด็กพร้อมที่จะเป็นผู้ใหญ่ในอนาคตโดยการสอนให้รู้จักเทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมรอบตัว

ปัญหาของช่วงนี้ คือ เด็กอาจมีปัญหการเรียนรู้เรื่องใหม่ ๆ ทำให้รู้สึกว่ามีปมด้อย ความล้มเหลวในการเรียนรู้อาจเกิดจากช่วงก่อน ๆ ไม่สามารถแก้ปัญหาความขัดแย้ง เช่น เด็กยังร้องหาแม่ แทนที่อยากจะเรียนรู้ หรือเด็กอาจจะเปรียบเทียบตัวเองกับพ่อซึ่งตัวโตกว่าและเก่งกว่า ทำให้รู้สึกเป็นปมด้อย ตามความคิดเห็นของอีริคสันพ่อแม่สามารถช่วยลูกได้โดยการเตรียมลูกให้พร้อมทำงาน

ในโรงเรียนและไว้ใจครู อีริกสันมีความเชื่อว่าการรับเอกลักษณ์เชิงบวกของครูจะทำให้เด็กพัฒนาจิตสำนึกที่เข้มแข็ง สังคมต้องการครูที่ไว้ใจได้ และเป็นครูที่ทำให้กำลังใจเด็กพร้อมกับรู้ว่าควรเน้นการสอนอะไร ครูที่มีความรู้สึกไวและเข้าใจเด็ก จะทำให้เด็กรู้สึกว่าคุณมีความสามารถและได้รับการเตรียมพร้อมสำหรับหน้าที่ในอนาคต

5. ขั้นวัยรุ่น (Adolescence): ความมีเอกลักษณ์แห่งตน หรือความไม่เข้าใจตนเอง

(Identity vs. Role Confusion)

พัฒนาการขั้นที่ 5 เกิดขึ้นเมื่อเด็กอายุ 13 ถึง 19 ปี ซึ่งเป็นวัยรุ่น บุคคลที่ได้ประสบความสำเร็จในการแก้ไขข้อขัดแย้งในขั้นก่อน ๆ ทำให้วัยรุ่นเริ่มมีเอกลักษณ์หรือตัวตนของตนเอง พ่อแม่ได้ทำให้ลูกรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญ ทั้งนี้เด็ก ๆ รู้ว่าพวกตนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ในขณะที่เดียวกันก็เริ่มรู้สึกว่ามีอิสระและมีความสามารถ พวกเขาว่าตนเองทำได้ สามารถมีความคิดริเริ่ม และทำงานหลายอย่างจนเสร็จ ดังนั้น พวกเขาอย่างก้าวสู่วัยรุ่นด้วยส่วนของเอกลักษณ์หลายอย่างที่สัมพันธ์กันอย่างหลวม ๆ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และพัฒนาการขั้นก่อนเด็กในวัยนี้ จะมีความรู้สึกทั้งเชิงบวกและลบต่อเอกลักษณ์ของตนเอง ตามความคิดเห็นของอีริกสัน เอกลักษณ์เชิงลบ เช่น เด็กเคยถูกทำโทษจนรู้สึกผิดและละอาย หรืออาจเกิดความรู้สึกไร้ความสามารถและไม่เอาไหนเพราะเคยล้มเหลวมาก่อน

ในช่วงวัยรุ่น เอกลักษณ์ที่ได้มาจากช่วงก่อนจะได้รับการกระตุ้นขึ้นใหม่ โดยจะผสมผสานกับความรู้สึกทางเพศที่กำลังตื่นตัวและบทบาทใหม่ทางสังคมของเด็กช่วงวัยนี้ การผสมผสานที่เกิดขึ้นเกิดจากความสามารถของจิตสำนึกในการผสมเอกลักษณ์ทั้งหมดเป็นหนึ่งเดียว ทั้งที่มีความผันแปรของพลังทางเพศและโอกาสที่สังคมมอบให้ เด็กไม่สามารถสร้างเอกลักษณ์ได้ทั้งหมดภายในช่วงวัยรุ่น อย่างไรก็ตามช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงที่มีวิกฤตทางเอกลักษณ์ (Identity Crisis) มากที่สุด ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดา เพราะเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ ซึ่งบุคคลพยายามแก้ปัญหาเฉพาะตน ถ้าปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการแก้ไขจนเพียงพอ การค้นหาเอกลักษณ์จะเกิดขึ้นตลอดเวลาแม้ในช่วงผู้ใหญ่

ตามความคิดเห็นของอีริกสัน วิกฤตทางเอกลักษณ์ที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นเกิดจากการมีความสับสนทางบทบาท เกี่ยวกับความไม่รู้ว่าตนเองเป็นใครและไม่รู้ว่าโตขึ้นจะเป็นอย่างไร สำหรับเด็กวัยรุ่นหลายคน ช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงที่รู้สำนึกในตนเองที่บิดเบี้ยวไม่เป็นเส้นตรง เพราะมีความตื่นตัวของแรงขับทางเพศและร่างกายก็เติบโตอย่างรวดเร็ว พวกเขาจึงอาจมีความไม่แน่ใจและอับอายต่อสิ่งที่พวกเขาคิดว่าตัวเองเป็นอยู่และอาจจะเป็นในอนาคต

6. ขั้นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Young Adulthood): ความสนิทชิดชอบ หรือการแปลกแยก

(Intimacy vs. Isolation)

พัฒนาการขั้นที่หกนั้นอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 20 ถึง 24 ปี หนุ่มสาวที่สุขภาพจิตดีก็ได้สร้างเอกลักษณ์ที่มั่นคงในช่วงวัยรุ่น ซึ่งทำให้สามารถมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับผู้อื่นและมีความกระตือรือร้นที่จะเสริมเอกลักษณ์ให้แข็งแกร่ง พวกเขาพยายามสร้างความสัมพันธ์และสามารถผูกพันกับผู้อื่น แม้จะเป็นการทำให้ต้องประนีประนอมและต้องเสียสละก็ตาม

อีริกสันเชื่อว่าความใกล้ชิดที่แท้จริงจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อคู่สัมพันธ์ได้สร้างเอกลักษณ์แล้ว และมีความซื่อสัตย์ต่อกัน เนื่องจากวัยรุ่นยังต่อสู้เพื่อมีเอกลักษณ์อยู่ พวกเขาจึงไม่สามารถมีความใกล้ชิดอย่างแท้จริง แต่ความรักของหนุ่มสาวที่มีวุฒิภาวะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจะมีการพึ่งพาซึ่งกันและกันและมีเอกลักษณ์ร่วมกัน เพื่อพิสูจน์ร่วมกันโดยการมีประสบการณ์ในการค้นพบตนเองและค้นพบตัวตนของกันและกัน หากหนุ่มสาวในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นนี้มีปัญหาในความมั่นคงของเอกลักษณ์ จะไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ จะตกอยู่ในสภาพโดดเดี่ยว แปรกต่างจากสังคม

7. ขั้นวัยผู้ใหญ่เต็มวัย (Middle Adulthood): ความเสียสละ หรือความเห็นแก่ตัว

(Generativity vs. Stagnation)

พัฒนาการช่วงที่ 7 คือ ช่วงวัยผู้ใหญ่ - วัยกลางคน มีอายุระหว่าง 25 ถึง 64 ปี ผู้ใหญ่ที่มีเอกลักษณ์จิตสำนึกที่เข้มแข็งจะได้พัฒนาอาชีพพร้อมกับมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับผู้อื่นตามความคิดเห็นของอีริกสัน ความรับผิดชอบหลักของคนรุ่นนี้ คือ การสร้างชนรุ่นใหม่ (Generativity) และสั่งสอนแนะแนวให้ดี แต่การสร้างชนรุ่นใหม่ไม่ได้หมายถึงเพียงการให้กำเนิดลูกและการเลี้ยงลูกเท่านั้น แต่ยังหมายถึงการสร้างผลผลิต ความคิด ศิลปะ ฯลฯ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น สำหรับวิกฤตของผู้ใหญ่วัยนี้คือ ความขัดแย้งระหว่างความสร้างสรรค์กับการอำพรางที่ (Stagnation) ซึ่งหมายถึง การไม่สร้างสรรค์ เบื่อหน่าย ขาดความสัมพันธ์กับผู้อื่น ตรงกันข้ามถ้าผู้ใหญ่มีความสร้างสรรค์มากกว่าการไม่ทำอะไร คุณค่าของความเป็นคนก็จะเกิดขึ้น ดังนั้น บุคคลทุกคนจึงมีโอกาพัฒนาสังคมโดยการสร้างสรรค์ทางการงานและการให้ความสนใจความก้าวหน้าของชนรุ่นหลัง (Van de Water & McAdams, 1988, pp. 435-449)

8. ขั้นวัยผู้สูงอายุ (Late Adulthood): ความมั่นคงทางจิตใจ หรือความสิ้นหวัง (Ego

Integrity Versus Despair)

พัฒนาการขั้นสุดท้ายของชีวิตจะอยู่ในช่วงอายุ 65 ปี กับช่วงมรณภาพ ขั้นนี้เป็นช่วงชีวิตของการคิดสะท้อนนึกถึงชีวิตที่ผ่านมา เรียบเรียงความจำและความฝันและพยายามที่จะแปลความหมายของชีวิตที่ผ่านมาและปรับตัวให้ยอมรับความตายที่กำลังจะมาถึง (Walaskay, Whitbourne, & Nehrke,

1983, pp. 61-72) บุคคลที่สุขภาพจิต สุขภาพกายดี คือ คนที่ปรับตัวได้กับทั้งความสมหวังและความผิดหวังในชีวิต เป็นบุคคลที่ริเริ่มและสร้างสรรค์ความคิด พวกเขาสามารถมองย้อนหลังชีวิตสรุปได้ว่าพวกเขาเป็นบุคคลพิเศษและมีชีวิตที่มีความหมาย นอกจากนี้พวกเขายังสามารถยอมรับความตายซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ และไม่รู้สึกล้มตาย ผู้ที่ปรับตัวได้ดีจะมองเห็นเอกภาพและความหมายของชีวิต ในทางตรงข้าม บุคคลที่ไม่สามารถยอมรับความล้มเหลวที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และเป็นคนเห็นแก่ตัว ไม่แคร์คนอื่น จะมีความรู้สึกสิ้นหวัง (Despair) เพราะพวกเขารู้ว่าชีวิตสั้นและไม่มีโอกาสเริ่มต้นชีวิตใหม่

ประการสุดท้าย คุณค่าของปัญญาญาณหรือความฉลาดสูงก็มีความหมายต่อการชราภาพ ตามความหมายของอีริกสัน ปัญญาญาณคือความหวั่นไหวต่าง ๆ ต่อชีวิตในขณะที่เผชิญความตาย ซึ่งยืนยันความสมบูรณ์ของประสบการณ์ทั้ง ๆ ที่ร่างกายเสื่อมลงทุกที ทำให้บุคคลเห็นปัญหาชีวิตโดยรวมและสื่อนำให้ชนรุ่นหลังรับรู้ว่าคุณค่าชีวิตที่สร้างสรรค์ เพราะเขาเป็นตัวอย่างของบุคคลที่เป็นไม่ใกล้ฝั่ง แต่ได้ใช้ชีวิตในฐานะปัจเจกบุคคลมาด้วยความสมบูรณ์

ตารางที่ 5 ขั้นตอนในการพัฒนาจิตสำนึก (Ego) ของอีริกสัน (Erikson, 1963)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1	ปาก - ความรู้สึก (Oral-sensory)	Basic Trust vs. mistrust						
2	กล้ามเนื้อ - ทวารหนัก (Muscular-anal)		Autonomy vs. shame and doubt					
3	เคลื่อนไหว - ปัสสาวะ (Locomotor- genital)			Initiative vs. guilt				
4	นิ่งเฉย (Latency)				Industry vs. inferiority			
5	วัยรุ่น (Adolescence)					Identity vs. role confusion		

ตารางที่ 5 (ต่อ)

	1	2	3	4	5	6	7	8
6 วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Young adulthood)						Intimacy vs. isolation		
7 วัยผู้ใหญ่เต็มวัย (Middle adulthood)							Generativity vs. stagnation	
8 วัยผู้สูงอายุ (Late adulthood)								Ego integrity vs. despair

สรุป อีริกสันมีความเชื่อเหมือน فروยด์ว่า บุคคลเริ่มมีความสนใจเรื่องเพศตั้งแต่อายุ 4-5 ปี และนิ่งเฉยลงในช่วงอายุ 6-12 ปี จากนั้นความรู้สึกทางเพศจะตื่นตัวมาในช่วงวัยรุ่น คือ อายุ 13-19 ปี เนื่องจากแรงขับทางเพศและการเติบโตของร่างกาย แต่วัยรุ่นยังไม่สามารถมีความใกล้ชิดทางเพศอย่างแท้จริงเพราะตนเองยังต้องต่อสู้เพื่อเอกลักษณ์ของตน ในขณะที่หนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 20-24 ปี จะมีการพึ่งพาซึ่งกันและกันและมีเอกลักษณ์ร่วมกัน ดังนั้น ความใกล้ชิดที่แท้จริงจึงเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม อีริกสันมีมุมมองว่าการสืบพันธุ์เพื่อให้เผ่าพันธุ์อยู่รอด สังคมอยู่รอด หรือการสร้างชนรุ่นใหม่ (Generativity) ควรเป็นหน้าที่หลักของบุคคลในช่วง วัยผู้ใหญ่เต็มวัย ซึ่งมีอายุระหว่าง 25 ถึง 64 ปี

เอกลักษณ์ของจิตสำนึก (Ego) ในวัยรุ่น

มาร์เซีย (Marcia, 1966, pp. 551-558) ได้แบ่งพัฒนาการของเอกลักษณ์ของวัยรุ่นตามทฤษฎีของอีริกสันออกเป็น

1. เอกลักษณ์กระจัดกระจาย (Identity Diffusion)
2. เอกลักษณ์แบบก่อดำ (Identity Foreclosure)
3. เอกลักษณ์ระยะเปลี่ยนผ่าน (Moratorium)
4. เอกลักษณ์ที่ชัดเจน (Identity Achievement)

สถานะเหล่านี้ได้ถูกนิยามในแง่ของวิกฤตสองด้านและการผูกมัดวิกฤต หมายถึง ช่วงคั่นร่นของคนในขณะที่พยายามแก้ปัญหาการเลือกอาชีพ และจากนั้นก็ได้คู่และค่านิยม หรือหลักการ

จำนวนหนึ่ง การผูกมัด หมายถึง การตัดสินใจต่าง ๆ ในเรื่องเหล่านี้ จากนั้นก็มุ่งหาเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับการตัดสินใจ

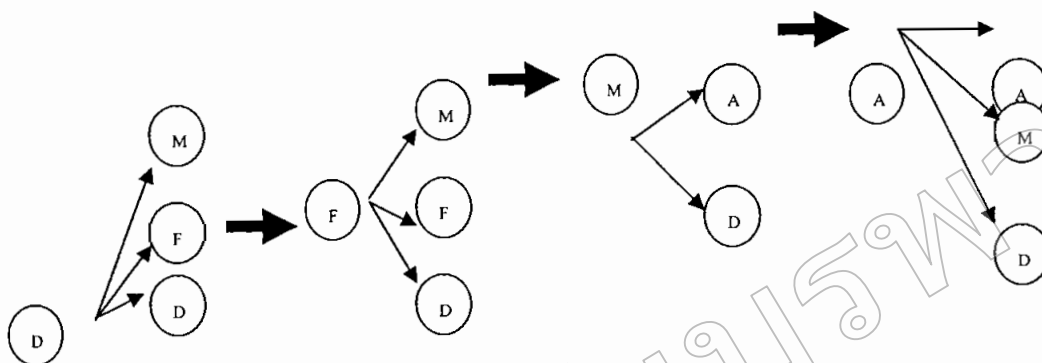
บุคคลที่มีเอกลักษณ์กระจัดกระจาย จะขาดการผูกพันที่มั่นคงและมีได้อยู่ในวิกฤต โดยแท้จริง พวกเขาอาจไม่เคยเจอวิกฤต หรือไม่เคยตื่นตระหนกมาก่อน แต่ไม่ได้แก้ปัญหาโดยการตัดสินใจพวกนี้ขาดความเข้มแข็งทางเอกลักษณ์ บุคคลประเภทนี้จะแสดงอารมณ์เชิงลบต่าง ๆ เช่น มองโลกในแง่ร้าย เบื่อหน่าย โกรธโดยไม่มีเหตุผล รู้สึกสับสน รู้สึกช่วยตนเองไม่ได้ และ รู้สึกไร้ความหวัง (Waterman, 1985, pp. 5-24) ส่วนในประเภทเอกลักษณ์แบบก่อดำ (Identity Foreclosure) บุคคลนั้นไม่เคยเจอวิกฤตแต่ได้ผูกมัดกับเป้าหมายแล้วมีความเชื่อและค่านิยมบางอย่างแล้ว

พวกเอกลักษณ์ระยะเปลี่ยนผ่าน หมายถึง บุคคลที่กำลังมีวิกฤตและพยายามเลือกทางที่จะนำไปสู่การตัดสินใจ

สุดท้ายผู้ที่มียุติเอกลักษณ์ที่ชัดเจน หมายถึง บุคคลที่เคยผ่านวิกฤตและได้สร้างความผูกพันที่มั่นคงกับเป้าหมาย ความเชื่อ และมีความเห็นต่างกับพ่อแม่มากที่สุด พวกเขาคิดว่าพ่อแม่ไม่สนใจใยดีและปฏิเสธพวกเขา ส่วนวัยรุ่นที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านและผู้ที่มีเอกลักษณ์ที่ชัดเจน จะมีความรู้สึกสองจิตสองใจต่อพ่อแม่ ซึ่งเกิดจากการมีความเห็นที่ไม่ตรงกันเกี่ยวกับเป้าหมายและค่านิยมว่าอันไหนมีคุณค่ามากกว่า และเหมาะสมสำหรับวัยรุ่นกว่ากัน ในช่วงมีวิกฤตวัยรุ่นเหล่านี้มักไม่ไปหาพ่อแม่เพื่อให้การสนับสนุนและขอคำแนะนำ แต่คนที่ที่แก่วิกฤตได้และได้สร้างเอกลักษณ์แล้ว พวกเขาสามารถสร้างความสัมพันธ์กับพ่อแม่ที่อบอุ่นเพิ่มขึ้น (Waterman, 1982, pp. 341-358)

งานวิจัยเรื่องสถานะของเอกลักษณ์มีสมมติฐานว่า เอกลักษณ์จะมีความชัดเจนขึ้นจากวัยรุ่นสู่ผู้ใหญ่ ซึ่งมาร์เซีย (Marcia, 1966, pp. 551-558) ได้เสนอว่าช่วงของการพัฒนาจากการมีวุฒิภาวะน้อยของจิตสำนึกเข้าสู่การมีวุฒิภาวะมากขึ้นของจิตสำนึกตามลำดับ คือ จากเอกลักษณ์กระจัดกระจายสู่เอกลักษณ์แบบก่อดำ เอกลักษณ์ระยะเปลี่ยนผ่านและเอกลักษณ์ที่ชัดเจนในการก้าวสู่เป้าหมายดังกล่าว บุคคลต่างกันจะมีลำดับขั้นที่ไม่เหมือนกัน เช่น บุคคลในระยะเปลี่ยนผ่านอาจพัฒนาไปสู่เอกลักษณ์ที่ชัดเจน แต่อีกคนหนึ่งอาจจะถดถอยกลับไปสู่ขั้นเอกลักษณ์กระจัดกระจายและวัยรุ่นที่อยู่ในขั้นเอกลักษณ์แบบก่อดำ อาจมีเอกลักษณ์ขั้นนี้ถึงวัยผู้ใหญ่

D = Identity Diffusion, M = Moratorium, F = Foreclosure, A = Identity Achievement



ภาพที่ 6 ขั้นตอนของกระบวนการแห่งการพัฒนาที่อาจเป็นไปได้ (Waterman, 1982, p. 343)

งานวิจัยส่วนใหญ่แสดงว่าชายหญิงที่ถูกศึกษามีรูปแบบของพัฒนาการทางเอกลักษณ์ที่คล้ายกัน (Archer, 1989, pp. 117-138) ทั้งสองเพศอาจต่างกันไปหาหมาย ซึ่งเป็นส่วนของเอกลักษณ์ที่จะเกิดขึ้น เอกลักษณ์ของบุรุษส่วนใหญ่มุ่งไปที่การหาอาชีพ ส่วนเอกลักษณ์ของสตรีมีฐานหลากหลายเกี่ยวข้องกับอาชีพ ชีวิตสมรส และการเลี้ยงลูก

ผลงานวิจัยเกี่ยวกับเอกลักษณ์ของสตรี ซึ่งโอ คอนเนลล์ (O'Connell, 1976, pp. 675-688) ได้นำเสนอ คือ หญิงที่ยึดแบบแผนดั้งเดิมจะพูดถึงตัวเองในฐานะภรรยาของสามีและแม่ของลูก ดังนั้น ความรู้สึกทางเอกลักษณ์ของเธอจึงสะท้อนบทบาทของความเป็นภรรยาและความเป็นแม่ คุณค่าของเธอ ความเคารพตัวเองและความเชื่อมั่น มาจากการใช้ชีวิตกับบุคคลที่สำคัญต่อเธอ แม้เอกลักษณ์ซึ่งเกิดจากผู้อื่นของเธอจะเข้มแข็ง แต่เอกลักษณ์ส่วนตัวซึ่งมาจากคุณสมบัติโดยธรรมชาติความสามารถและความต้องการของเธอจะอ่อนแอ แต่โอ คอนเนลล์ ก็พบว่าเอกลักษณ์ส่วนตัวของสตรีจะเริ่มชัดเจนขึ้นเมื่อไม่ต้องมีครรภ์อีกและเมื่อลูก ๆ เข้าเรียนชั้นประถม

สำหรับสตรีที่แต่งงานแล้วและเป็นคนทันสมัย เอกลักษณ์ของเธอจะมุ่งที่อาชีพ ความรู้สึกเกี่ยวกับเอกลักษณ์ของตนเองก็ชัดเจน และตามความคิดเห็นของโอ คอนเนลล์ ความชัดเจนของเอกลักษณ์ส่วนตัวดังกล่าวจะชัดเจนตลอดช่วงการเกิดลูก เลี้ยงลูกที่เป็นเด็กเล็ก ตลอดจนถึงช่วงที่ลูกเรียนชั้นประถมแล้วต่างกับหญิงที่ยึดแบบแผนดั้งเดิม ซึ่งเจอวิกฤตตอนเป็นวัยรุ่น ซึ่งในช่วงก่อนแต่งงานและก่อนมีลูก หญิงทันสมัยจะไม่มีวิกฤตตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่

พัฒนาการของเด็กในทางการแพทย์

ในทางการแพทย์ ได้มีการแบ่งพัฒนาการเด็กตามอายุไว้ดังนี้ (Kaplan & Sadock, 1989, pp. 685-715; Noshpitz, 1979, pp. 1-236; Rutter & Herson, 1985, pp. 1-176)

1. วัยทารก (Infant Stage, อายุ 0 -12 เดือน) เด็กไม่สามารถช่วยตัวเองได้เลย

ความสามารถคิดตัวมีเพียงก้านสมองควบคุมการทำงานของร่างกาย เช่น การหายใจ อุนหภูมิ การดูด การกลืน การไหลเวียนของเลือด การพัฒนาของระบบประสาทและสรีระต้องการการกระตุ้นจากการเลี้ยงดูที่เหมาะสม

2. วัยเตาะแตะ (Toddler Stage, อายุ 1 - 3 ปี) วัยนี้เด็กเริ่มเดินได้ พูดได้ ก็เริ่มอยากรู้อยากเห็นและอยากรวสิ่งต่าง ๆ มากขึ้น

3. วัยก่อนเรียน (Preschool Age, 3 - 6 ปี) จะมีการพัฒนาทางภาษาและสติปัญญามากขึ้นตามลำดับ ทำให้เด็กยิ่งสนใจและอยากรู้อยากเห็นในสิ่งแวดลอมเพิ่มขึ้น ทำให้เด็กชอบถามคำถามอยู่เรื่อย ๆ ว่าอะไร ทำไม เพราะอะไร ในสิ่งต่าง ๆ รอบตัว เช่น ทำไมถึงมีต้นไม้ ทำไมพระจันทร์ถึงเดินตามเรา ดวงดาวคืออะไร กลางคืนทำไมมืด คนคนแรกมาจากไหน ฯลฯ ผู้ใหญ่ควรตอบง่าย ๆ พอที่เด็กจะเข้าใจไม่ควรแสดงความรำคาญหรือคิดว่าเด็กเป็นอันขาด

4. วัยเรียน (School Age, 6 - 12 ปี) เด็กมีความสามารถในการคิด การจำ การพูด และการรับรู้ดีขึ้นมาก ทำให้เด็กเริ่มรู้ความเป็นจริงในชีวิตหลาย ๆ อย่าง การเกิด การตาย ความแตกต่างของเพศหญิงและชายชัดเจนความคิดก็มีเหตุผลมากขึ้น

5. วัยรุ่น (Adolescence, 12 - 18 ปี) เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงมาก วัยรุ่นจึงต้องมีการปรับตัวมากกับสิ่งร่ำภายในและสิ่งร่ำภายนอก จึงอาจทำให้วัยรุ่นมีปฏิกิริยาต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและอารมณ์ต่าง ๆ ปฏิกิริยาเหล่านี้อาจมองเผิน ๆ เหมือนความผิดปกติที่ต้องการความช่วยเหลือ แต่โดยทั่วไปแล้วปฏิกิริยาบางอย่างจะเป็นอยู่ชั่วคราวแล้วหายเองได้ การเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่นแบ่งออกเป็น การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตใจและความคิด ดังนี้

5.1 การเปลี่ยนแปลงทางกาย ร่างกายส่วนต่าง ๆ จะมีการเจริญเติบโตในเกือบทุก ๆ ระบบทั้งหญิงและชาย เช่น ความสูงและน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเร็ว แขนขายาวขึ้น ฮอร์โมนมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อกระตุ้นการเติบโตของอวัยวะระบบสืบพันธุ์ทั้งภายในและภายนอก มีการเจริญของร่างกายในส่วนที่เป็นลักษณะประจำเพศ เช่น เด็กชายมีเสียงห้าว มีหนวดขึ้น ในเด็กหญิงมีการเจริญเติบโตของเต้านม และมีประจำเดือน การเปลี่ยนแปลงสองอย่างหลังนี้จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ชายหรือผู้หญิง (Gender Identity) แต่การเปลี่ยนแปลงอาจเป็นสาเหตุของความกังวล หรือความลำบากใจในการปรับตัวของวัยรุ่นได้

5.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและความคิด มีลักษณะเฉพาะ ดังนี้

5.2.1 ความสนใจในตัวเอง (Narcissism) วัยรุ่นจะสนใจตัวเองมาก รักสวยรักงาม การแต่งกายพิถีพิถัน หรือให้เป็นที่ยอมรับของเพื่อนฝูง หรือสะดุดตา โดยเฉพาะให้เพศตรงข้ามสนใจ

5.2.2 ความนับถือผู้ใหญ่ (Authority Figure) วัยรุ่นจะให้ความสำคัญผู้ใหญ่ผู้น้อยลง มีความคิดว่าผู้ใหญ่มีความคิดล้าหลัง ไม่ทันสมัย และอื่น ๆ และเห็นว่าความคิดของตนดีกว่า ถูกต้องกว่า ถ้าผู้ใหญ่ไม่เข้าใจถึงธรรมชาตินี้ของวัยรุ่นก็อาจโกรธ เช่น คิดว่าถูกพ่อแม่ ครู อาจารย์ อาจคว่ำรุนแรงแล้วเกิดปัญหาความขัดแย้งตามมาที่รุนแรงได้

5.2.3 ความเป็นตัวของตัวเอง (Independence) วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการเป็นตัวของตัวเองมาก และมีความต้องการรับผิดชอบตนเอง ผู้ใหญ่ควรปล่อยให้วัยรุ่นมีอิสระมากขึ้น อย่างเหมาะสม ไม่บังคับหรือมีกฎระเบียบมากเกินไป ควรให้วัยรุ่นสามารถตัดสินใจในขอบเขตที่เหมาะสม วัยรุ่นต้องการความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองอย่างมาก บางครั้งจะแยกตัวไปจากบิดามารดาเพื่อไปสู่ความเป็นตัวของตัวเอง จนบางครั้งมีการต่อต้านความคิดและการกระทำของผู้ใหญ่

5.2.4 แสวงหาเอกลักษณ์ของตน (Identity) เนื่องจากต้องเตรียมตัวเป็นผู้ใหญ่ในวันหน้า วัยรุ่นจะมองหว่าตนเองต้องการเป็นคนอย่างไรในอนาคต จะมีอาชีพอะไร บทบาทของตนเองในฐานะผู้ใหญ่จะเป็นอย่างไร ความรู้สึกมั่นใจในตนเองจะเกิดขึ้นได้เมื่อวัยรุ่นรู้สึกว่าคุณมีความสามารถในงานที่ได้รับมอบหมายหรือรับผิดชอบ (Experiencing Success) ฉะนั้น วัยรุ่นไม่ควรได้รับมอบหมายงานที่ยากเกินความสามารถ เพราะเมื่อทำไม่สำเร็จแล้วจะเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นคนไร้ความสามารถได้ ซึ่งอาจเป็นปมด้อยติดตัวไปถ้าประสบความล้มเหลวบ่อย ๆ

5.2.5 การคบเพื่อน (Friendship) ในวัยรุ่นเพื่อนมีอิทธิพลมาก เพราะวัยรุ่นต้องการเป็นที่ยอมรับของเพื่อนจึงมีการยอมรับและปฏิบัติตามค่านิยมของเพื่อน ถ้าคบเพื่อนดีมีกิจกรรมที่เหมาะสมก็จะเป็นผลดีต่อตัววัยรุ่นและสังคม ถ้าคบเพื่อนที่เกรมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมก็อาจพาไปให้เสียได้

5.2.6 พฤติกรรมของวัยรุ่น (Behavior) วัยรุ่นมักมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงเร็ว เป็นผลจากความพยายามที่จะแสดงถึงความสามารถพึ่งตนเองและไม่ต้องการพึ่งผู้อื่น บางครั้งอาจเป็นผู้ใหญ่มากแต่อาจกลับเป็นเด็กในเวลาไม่นานนัก ความประพฤติก้าวร้าวอาจเป็นผลจากความเครียดทางอารมณ์ เช่น ความรู้สึกในความไม่แน่ใจตนเอง ความกดดันทางเพศ ความรู้สึกต่อเพศตรงข้าม ความกังวลเกี่ยวกับชีวิตอนาคต และอื่น ๆ

5.2.7 ชอบเพ้อฝัน (Fantasy) วัยรุ่นมักมีความเพ้อฝันค่อนข้างมาก เด็กหญิงใช้วิธีเขียนบันทึกประจำวัน เด็กชายใช้เวลาอยู่กับเกมส์หรือโลกไซเบอร์

5.2.8 สนใจในสังคม (Social) วัยรุ่นจะมีความคิดเกี่ยวกับส่วนรวมและสังคม ชอบการเสียดสี เห็นประโยชน์ของคนอื่นเป็นที่ตั้ง และรู้สึกไม่พอใจในสังคมที่ไม่สมบูรณ์แบบ

5.2.9 ความสนใจในเรื่องเพศ (Sex) การเปลี่ยนแปลงทางกายของระบบสืบพันธุ์ทำให้เกิดความสนใจทางเพศ และสนใจเพศตรงข้าม ความประพฤติทางเพศของวัยรุ่นได้รับอิทธิพล

จากครอบครัวที่เป็นแบบอย่าง วัยรุ่นควรจะมีความรู้สึกว่าตนเองมีความปกติมีความสามารถ รู้สึกอิสระเรื่องทางเพศ และควรมีความรู้สึกว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องความสุขตามธรรมชาติ รวมทั้งสามารถพูดคุยหาความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติทางเพศเมื่อต้องการ อีกทั้งเข้าใจว่าความสัมพันธ์ทางเพศเป็นความสัมพันธ์ใกล้ชิดพิเศษระหว่างมนุษย์ที่มีความรักต่อกัน เป็นการแสดงออกของความรักระหว่างชายหญิง จะช่วยป้องกันพฤติกรรมสำส่อนทางเพศได้

การเปลี่ยนแปลงของเด็กสู่การเป็นวัยรุ่นตามพัฒนาการของเด็กในทางการแพทย์มีลักษณะของการพัฒนาทั้งทางร่างกายและจิตใจตามวัย โดยพัฒนาการทางร่างกายมีลักษณะที่เห็นได้ชัดตามอายุ ส่วนพัฒนาการทางจิตใจเห็นการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ชัดเจน และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแตกต่างกันตามอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมทางสังคม โดยเฉพาะพัฒนาการในช่วงวัยรุ่น (12 - 18 ปี) ซึ่งมีผลกระทบต่อความประพฤติหรืออารมณ์ที่อาจไม่สอดคล้องกับพัฒนาการทางร่างกาย ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงความสนใจในเรื่องเพศอาจเป็นตัวแปรสำคัญด้านการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและความคิดที่ส่งผลกระทบให้เด็กหญิงวัยเยาว์เกิดมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

การตั้งครรภ์ไม่วางแผนและการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา

การตั้งครรภ์โดยไม่มีการวางแผนและการตั้งครรภ์ที่ไม่ปรารถนาหรือไม่พึงประสงค์ก่อให้เกิดการทำแท้ง การเสียชีวิตของมารดาและทารก การทิ้งบุตร หรือเด็กกำพร้า ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขและปัญหาสังคมที่สำคัญทั้งในระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน ตลอดจนระดับประเทศจนถึงระดับโลก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีผู้ตั้งครรภ์เองและต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม ที่สำคัญที่สุดคือปัญหาการตั้งครรภ์ไม่วางแผนและการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาปัญหามีความรุนแรงมากขึ้นในวัยรุ่น โดยพบว่าร้อยละ 14.7 มีการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเกินเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ร้อยละ 10 และยังพบมีอัตราการทำแท้งนอกโรงพยาบาลถึงร้อยละ 70 มีเพียงร้อยละ 26 ที่ทำแท้งในโรงพยาบาล และเสียชีวิตจากการทำแท้งถึง 340 คน ต่อแสนประชากร บางรายแม้รอดชีวิตแต่ต้องมีการตัดมดลูกทิ้ง หมดโอกาสเจริญพันธุ์ (ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา, 2550)

ข้อมูลจากโครงการ 'Child Watch' ในปี พ.ศ. 2548 พบปรากฏการณ์ทางสังคม คือ วัยรุ่นตั้งท้องโดยไม่ตั้งใจ ประมาณ 62,000 คน เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี 2,600 คน เฉลี่ยเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี ตั้งท้องวันละ 7 - 8 คน มีเด็กถูกทิ้ง 700 - 800 คน โดยไม่รวมเด็กที่ถูกทิ้งแบบไร้ชีวิตที่ถูกหมกอยู่ในกองขยะ (มติชนรายวัน, 2549, หน้า 27)

ส่วนข้อมูลจากบ้านพักฉุกเฉิน เมื่อปี พ.ศ. 2548 (สุภาชัย สาระจรัส, 2551) พบว่า มีผู้หญิงและเด็กท้องเมื่อไม่พร้อมมาขอรับบริการความช่วยเหลือ รวม 149 ราย เป็นผู้หญิงและเด็กที่อายุ

13 - 18 ปี จำนวน 30 ราย รวมอยู่ด้วย ซึ่งสาเหตุหลักมาจากสามี แฟน คู่รัก และเพื่อน ไม่รับผิดชอบมากที่สุด รองลงไป ได้แก่ ท้องโดยคนใกล้ชิด คนแปลกหน้า เพื่อนข่มขืน ส่วนปี พ.ศ. 2547 อายุต่ำกว่า 18 ปี มีจำนวน 23 คน คิดเป็นประมาณร้อยละ 14 อายุต่ำสุดคือ 12 ปี ส่วนระดับการศึกษานั้น มีตั้งแต่ไม่ได้รับการศึกษาจนถึงระดับปริญญาตรี

สาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่วางแผน

การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่วางแผน หมายถึง การร่วมเพศโดยไม่มีการคุมกำเนิด การคุมกำเนิดไม่ถูกต้อง การคุมกำเนิดล้มเหลว และการร่วมเพศโดยไม่สมัครใจ ดังรายละเอียด (ประพันธ์ โอประเสริฐ และสมพล พงศ์ไทย, 2534, หน้า 289-295)

1. เกิดจากการร่วมเพศโดยไม่มีการคุมกำเนิด

1.1 ไม่ทราบว่าเมื่อร่วมเพศแล้วอาจเกิดการตั้งครรภ์ ปรากฏการณ์นี้พบได้ในวัยรุ่น

1.2 ทราบว่าการร่วมเพศทำให้เกิดตั้งครรภ์ได้ แต่ไม่ทราบว่าสามารถป้องกันได้หรือไม่ หรือไม่ทราบว่าป้องกันอย่างไร

1.3 สนใจที่จะป้องกันการตั้งครรภ์ แต่ไม่ทราบว่าจะไปรับบริการได้ที่ใด หรือไม่สะดวกที่จะรับบริการ พบได้ในการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น นักเรียนนักศึกษาและในกลุ่มประชากรที่ยากจนด้อยการศึกษาหรืออยู่ในที่ทุรกันดารห่างไกลบริการด้านวางแผนครอบครัว

1.4 ทราบว่าการตั้งครรภ์นั้นป้องกันได้แต่ไม่สนใจที่จะป้องกัน สามารถไปรับบริการวางแผนครอบครัวได้ แต่ไม่ไปรับบริการ ปรากฏการณ์นี้พบได้บ่อยที่สุด พบได้ในคู่สมรสทั่ว ๆ ไป ที่ชะล่าใจ ละเลยหรือประมาท

1.5 มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ได้รับข่าวลือผิด ๆ เช่น ฉีดยาคุมกำเนิดแล้วทำให้เป็นหมันหรือเป็นมะเร็ง กินยาเม็ดคุมกำเนิดนาน ๆ ทำให้เป็นหมัน หรือทำหมันแล้วทำให้สมรรถภาพทางเพศเปลี่ยนแปลงไป ฯลฯ

2. เกิดจากการร่วมเพศโดยใช้วิธีคุมกำเนิด

2.1 ใช้วิธีคุมกำเนิดไม่ถูกต้อง (Contraceptive User Failure)

2.1.1 ยาเม็ด เนื่องจากลืมกินยา กินไม่สม่ำเสมอ กินยาไม่ตรงเวลา เริ่มกินยาเม็ดแรกใกล้กับระยะตกไข่ ทำให้ไม่สามารถยับยั้งการตกไข่ได้ ไขยาอื่นที่ออกฤทธิ์รบกวนประสิทธิภาพยาเม็ดคุมกำเนิด เช่น Ampicillin, Rifampicin, Phenytoin หรือมีความผิดปกติในทางเดินอาหารที่ลดการดูดซึมของยา ทำให้ระดับฮอร์โมนในเลือดไม่สม่ำเสมอ

2.1.2 ยาฉีด เนื่องจากฉีดยาเลยกำหนดนัด

2.1.3 ถุงยางอนามัย เนื่องจากสวมถุงยางไม่ถึงโคนอวัยวะเพศ ไม่เหลือกระเปาะ

ที่ปลายไว้เก็บน้ำอสุจิ ใช้สารหล่อลื่นที่ทำอันตรายต่อเนื้ออุ้งยาง หรือไม่รีบถอนอวัยวะเพศทันที หลังจากหลั่งน้ำอสุจิแล้ว

ทั้งหมดนี้ทำให้การคุมกำเนิดล้มเหลวถึงแม้จะใช้วิธีคุมกำเนิดโดยมีเจตนาป้องกันการตั้งครรภ์ก็ตาม

2.2 ใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างถูกต้อง แต่วิธีนั้นล้มเหลว (Contraceptive Method Failure)

จากข้อเท็จจริง พบว่า ไม่มีวิธีคุมกำเนิดใดที่ป้องกันการตั้งครรภ์ได้ 100% ดังนั้นถึงแม้จะใช้วิธีนั้น ๆ อย่างถูกต้อง แต่ก็อาจเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นได้

3. เกิดจากร่วมเพศโดยไม่สมัครใจ เช่น ถูกข่มขืนกระทำชำเรา เป็นต้น

สาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา

โดยปกติการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่วางแผนย่อมนำมาซึ่งการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทั้งต่อตนเองและสังคม แต่ถึงแม้จะมีการวางแผนที่จะตั้งครรภ์อย่างดี ครรภ์นั้นก็อาจเปลี่ยนไปเป็นครรภ์ไม่ปรารถนาได้ สาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนามีดังต่อไปนี้ (ประพันธ์ โอประเสริฐ และสมพล พงศ์ไทย, 2534, หน้า 289-295)

1. สาเหตุทางครอบครัว เช่น เพิ่งทราบความจริงว่าสามีมีภรรยาอยู่แล้ว สามีทอดทิ้ง ไม่เลี้ยงดู สามีมีภรรยาใหม่ สามีเกิดป่วยหนักหรือเสียชีวิต เป็นต้น
2. สาเหตุทางเศรษฐกิจ เป็นเงื่อนไขที่พบบ่อยที่สุดในการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา เนื่องจากในปัจจุบันค่าครองชีพสูงขึ้น เงินเพื่อ รายได้ครอบครัวลดลง ดังนั้นเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ก็จะมีรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นจนเกิดปัญหา นอกจากนั้นการตั้งครรภ์เป็นอุปสรรคต่ออาชีพการทำงาน ทำให้ขาดรายได้ เมื่อคู่สมรสเล็งเห็นความลำบากในอนาคต จึงไม่ต้องการที่จะตั้งครรภ์ต่อไป
3. สาเหตุทางสังคม ได้แก่ การตั้งครรภ์ก่อนแต่งงาน การตั้งครรภ์กับญาติพี่น้องหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการข่มขืน และหญิงบริการที่ตั้งครรภ์จากการขายบริการทางเพศ ซึ่งการตั้งครรภ์เหล่านี้ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม

4. สาเหตุทางด้านสุขภาพของมารดาและทารก

4.1 มารดา มารดาที่เป็นสาเหตุการตั้งครรภ์ที่ไม่ปรารถนา ได้แก่ มารดาที่มีโรคประจำตัว ทำให้มีอาการทรุดลงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เช่น โรคหัวใจ โรคไต หรือติดเชื้อ HIV หรือติดเชื้อหัดเยอรมันในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ฯลฯ

4.2 ทารก ทารกที่เป็นสาเหตุการตั้งครรภ์ที่ไม่ปรารถนา ได้แก่ ทารกที่ตรวจพบว่ามีความผิดปกติ พิการแต่กำเนิด ตรวจพบมีโครโมโซมผิดปกติ หรือมีโรคติดต่อทางกรรมพันธุ์ ฯลฯ

ความสัมพันธ์ระหว่างการตั้งครรภ์ไม่วางแผนและการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา

โดยทั่วไปทั้งการตั้งครรภ์ไม่วางแผนและการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนามักเกิดเป็นกรณีเดียวกันในสตรีคนเดียวกัน แต่มีข้อยกเว้นได้

1. การตั้งครรภ์ไม่วางแผน อาจเป็นครรภ์ที่ปรารถนาได้เนื่องจาก

1.1 ได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง องค์การกุศล มูลนิธิต่างๆ

1.2 ภาวะครอบครัวยากขึ้น มีการตกลงกันได้ระหว่างสามีและภรรยา สามีกลับมาคืนดี แต่งงานใหม่กับสามีที่มีความรักและความเข้าใจ ฯลฯ

1.3 ภาวะเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงไปในทางดีขึ้น

1.4 มีเงื่อนไขที่จะได้รับประโยชน์จากการมีบุตร เช่น ได้รับมรดก หรือได้รับการยอมรับจากญาติฝ่ายสามี

1.5 สตรีตั้งครรภ์ไม่วางแผนมีกำลังใจเข้มแข็งและได้รับการเกื้อหนุนทางจิตใจ ให้ตั้งครรภ์ต่อไปและต่อสู้ชีวิตในภายหน้าด้วยตนเอง หรือเปลี่ยนศาสนา

2. การตั้งครรภ์ที่มีการวางแผนว่าจะเป็นครรภ์ที่ปรารถนา อาจกลายเป็นครรภ์ไม่ปรารถนาได้เนื่องจาก

2.1 ทราบความจริงว่า สามีมีภรรยาอยู่แล้ว สามีไปมีภรรยาน้อย สามีทอดทิ้งไม่เลี้ยงดู หรือสามีป่วยหนักหรือเสียชีวิต

2.2 เงื่อนไขที่จะได้รับประโยชน์จากการมีบุตรเปลี่ยนแปลงไป

2.3 เพศบุตรไม่เป็นไปตามความต้องการ (มีการทำ Sex Selection และ Prenatal Diagnosis)

2.4 สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลง เช่น ธุรกิจล้มละลาย มีหนี้สินมาก ต้องไปศึกษาต่อ หรือได้งานใหม่กะทันหัน

2.5 เมื่อมาฝากครรภ์ตรวจพบความผิดปกติ เช่น มารดามีโรคประจำตัว หรือติดเชื้อ HIV หรือทารกในครรภ์มีความผิดปกติ

ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ไม่วางแผนและครรภ์ไม่ปรารถนา ต่อตัวสตรีตั้งครรภ์

ด้านสุขภาพ

1. ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์สูงขึ้นในมารดาวัยรุ่น

1.1 มีปัจจัยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ฝากครรภ์ไม่ครบ 4 ครั้ง ตามเกณฑ์ ความสูงต่ำกว่า 150 เซนติเมตร ซึ่งเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการคลอดบุตรยาก เนื่องจากอุ้งเชิงกราน ขยายตัวไม่เต็มที่ มีภาวะโลหิตจาง คลอดปกติทางช่องคลอด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกรณีทารกน้ำหนักตัว น้อย การคลอดก่อนกำหนด และมีภาวะทารกหายใจไม่สะดวกที่ 5 นาที โดยผู้คลอดที่อายุน้อยกว่า 17 ปี จะมีปัจจัยพวกนี้สูงกว่าอย่างชัดเจน (World Health Organization, 1993)

1.2 ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง (ร้อยละ 22.6) ภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 16.5) ภาวะครรภ์เป็นพิษ (ร้อยละ 7.4) และภาวะทารกมีน้ำหนักตัวน้อย (ร้อยละ 4.4) (กรมการแพทย์และสถาบันสุขภาพจิต, 2537)

2. ได้รับอันตรายจากการทำแท้ง ตกเลือด ติดเชื้อ มดลูกทะลุ การผ่าตัดมดลูก
3. สูญเสียภาวะเจริญพันธุ์ มีบุตรยากหรือเป็นหมัน หรือเสียชีวิต
4. ได้รับความกระทบกระเทือนด้านจิตใจ อับอาย วิตกกังวล หวาดระแวง

ด้านสังคม

1. เสียโอกาสศึกษาต่อ เสียเวลาเรียน เสียอนาคต
2. ขาดรายได้ ต้องหยุดงาน เสียเงินค่าทำแท้ง
3. สังคมรับภาระเลี้ยงดูเด็กที่ถูกทิ้งและปัญหาเรื่องพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจ
4. เพิ่มปัญหาด้านยาเสพติดและอาชญากรรม
5. สิ้นเปลืองงบประมาณในการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้ง
6. สูญเสียทรัพยากรบุคคลและบุคคลที่จะเป็นอนาคตของชาติ

ทางเลือกและทางออกของการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา

ในกรณีที่เกิดการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา สตรีผู้ตั้งครรภ์ย่อมหาทางออกเพื่อแก้ปัญหาทางเลือกที่เป็นไปได้ ดังต่อไปนี้

1. การทำแท้ง (Induced Abortion) เป็นทางเลือกอันดับแรก que สตรีตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาเลือกใช้วิธีนี้เป็นทางออกที่ยังเป็นปัญหาดกเกียกกันอยู่ในแง่ของกฎหมายและศีลธรรม ในทางการแพทย์ การทำแท้งกระทำได้เพื่อการรักษา ซึ่งกระทำโดยแพทย์มีข้อบ่งชี้ในทางการแพทย์ทั้งในด้านมารดาและด้านทารก นอกจากนั้นในแง่ของวิธีการคุมกำเนิดล้มเหลว ก็มีเหตุผลในการที่จะทำแท้งเพื่อการรักษาเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามการทำแท้งส่วนใหญ่ในปัจจุบันเป็นการทำแท้งโดยลักลอบกระทำโดยผู้ที่มิใช่แพทย์เนื่องจากเงื่อนไขทางด้านกฎหมายอาญาของประเทศไทยที่จำกัดกรอบการทำแท้งไว้อย่างมาก สตรีตั้งครรภ์ไม่ปรารถนามักไปรับบริการทำแท้งเถื่อน ซึ่งเรียกว่าแท้งไม่ปลอดภัย (Unsafe Abortion) หรือแท้งอาญา (Criminal Abortion) พบว่า การลักลอบทำแท้งในกรณีหลังนี้เป็นอันตรายต่อสุขภาพของสตรีเป็นอย่างยิ่ง เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาอย่างมากมาย เช่น มดลูกทะลุ ตกเลือด ติดเชื้อ หรืออาจสูญเสียภาวะการเจริญพันธุ์ไปหรือแม้กระทั่งรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ การทำแท้งเถื่อนเป็นปัญหาสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สำคัญ ประมาณว่าทั่วโลกมีสตรีทำแท้งไม่ปลอดภัยปีละ 20 ล้านคน และในจำนวนนี้ประมาณ 70,000 คนต้องเสียชีวิตเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อน (ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์ และกำแหง จตุรจินดา, 2539, หน้า 59-86)

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและอัตราการตายจากการทำแท้งไม่ปลอดภัยของเขตต่างๆ ในโลก
(World Health Organization, 1993)

ภูมิภาค	จำนวนการทำแท้ง ที่ไม่ปลอดภัย (1,000) * *	จำนวนการตาย จากการทำแท้ง ที่ไม่ปลอดภัย * *	อัตราการตายต่อการ ทำแท้งที่ไม่ ปลอดภัย 100 ราย	การเสียชีวิต จากการทำแท้ง ที่ไม่ปลอดภัย
ทั่วโลก	20,000	70,000	0.4	1 ต่อ 300
ประเทศพัฒนาแล้ว*	2,240	600	0.03	1 ต่อ 3,700
ประเทศกำลังพัฒนา	17,620	69,000	0.4	1 ต่อ 250
- แอฟริกา	3,740	23,000	0.6	1 ต่อ 150
- เอเชีย*	9,240	40,000	0.4	1 ต่อ 250
- ยุโรป	260	100	0.04	1 ต่อ 2,600
- ลาตินอเมริกา	4,620	6,000	0.1	1 ต่อ 800
- กลุ่ม Oceania*	20	<100	0.2	1 ต่อ 400
- สหภาพรัสเซีย (เดิม)	2,080	500	0.03	1 ต่อ 3,900

หมายเหตุ: * ไม่รวมญี่ปุ่น ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ (ซึ่งนำไปรวมกับกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว)

** ได้จากการคาดประมาณจำนวนการเกิดในปี ค.ศ. 1990 ขององค์การสหประชาชาติ

2. ตั้งครรภ์ต่อจนคลอด แล้วเลี้ยงทารกเอง

ในกรณีที่มูลเหตุของการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาเปลี่ยนแปลงไป เช่น ได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องหรือองค์กรการกุศล ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์และพยาบาล สถานะในครอบครัวดีขึ้น ภาวะเศรษฐกิจดีขึ้น หรือไม่สามารถทำแท้งได้ สตรีนั้นก็ยอมให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อจนคลอด และเลี้ยงทารกด้วยตนเอง

3. ตั้งครรภ์ต่อจนคลอดแล้วทั้ง แม่ ขายทารก หรือมอบให้ผู้อื่นไปเลี้ยง

ในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาไม่สามารถรับบริการทำแท้งได้ เนื่องจากมาพบแพทย์เมื่ออายุครรภ์เกินกว่าที่จะทำแท้งโดยปลอดภัยหรือมีความขัดสนทางเศรษฐกิจ ไม่มีค่าจ้างทำแท้งเดือน สตรีนั้นจำใจให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อจนคลอด และเมื่อคลอดแล้วก็จะกำจัดทารกออกไป อาจจะหนีออกจากโรงพยาบาลโดยทิ้งทารกไว้ หรือนำทารกไปทิ้งที่อื่น หรืออาจฆ่าทารกด้วยวิธีต่าง ๆ หรืออาจจะขายหรือมอบให้ผู้อื่นเช่นองค์กรการกุศล หรือญาติพี่น้องรับไปเลี้ยงดู ทารกที่ปราศจากบิดาหรือมารดาก็จะเติบโตเป็นเด็กขาดความอบอุ่น และเป็นปัญหาของสังคมต่อไป

4. มาตัวตายหรือฆ่าคู่เพศสัมพันธ์

ในกรณีที่ถูกสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมบีบคั้น หาทางออกไม่ได้ สตรีตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาอาจจะฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา ในบางกรณีอาจฆ่าคู่เพศสัมพันธ์เนื่องจากความเค้นทางเลือกประการนี้เป็นทางสุดท้าย พบไม่บ่อย แต่ก็เป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์อันล้ำค่าของประเทศไปส่วนหนึ่ง

การแก้ไขและป้องกันการตั้งครรภ์ไม่วางแผนและครรภ์ไม่ปรารถนา

การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่วางแผนและครรภ์ไม่ปรารถนานั้น ต้องใช้กลวิธีการให้บริการสาธารณสุขเชิงรุก ไม่สามารถใช้กลวิธีแบบตั้งรับในสถานบริการได้ เนื่องจากกลุ่มสตรีที่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ทั้งสองกรณีมักจะเป็นกลุ่มที่ขาดแคลนหรือเข้าไม่ถึงบริการวางแผนครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ยากจนด้อยโอกาสและถูกเอารัดเอาเปรียบในสังคม ซึ่งรวมถึงเยาวชนและวัยรุ่นด้วย กลุ่มที่มีความต้องการบริการทางวางแผนครอบครัวมากที่สุดส่วนมากเป็นกลุ่มที่มีการเข้าถึงบริการได้น้อยที่สุด กลุ่มนี้ไม่มาขอรับบริการคุมกำเนิดแต่มารับบริการเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาขึ้น การป้องกันปัญหาดังกล่าวจึงเป็นงานระดับประเทศที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ในสังคมทั้งในภาครัฐและเอกชน โดยมีแนวทางดังต่อไปนี้

1. ขยาย ปรับปรุงบริการด้านวางแผนครอบครัวที่ดีและมีคุณภาพทั้งของภาครัฐและเอกชน ให้เข้าถึงและครอบคลุมประชากรเป้าหมาย เช่น สตรีที่สมรสแล้ว วัยรุ่นนักเรียนนักศึกษา กลุ่มคนงาน กลุ่มคนยากจน และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ฯลฯ

2. ขยาย ปรับปรุงบริการด้านการให้การปรึกษา (Counseling) ในรูปแบบคลินิกต่าง ๆ รวมทั้งเร่งรัดการผลิตบุคลากรที่สามารถให้การปรึกษา เผยแพร่ให้ประชาชนทราบถึงสถานที่ให้บริการที่จะให้การปรึกษาในกรณีต่าง ๆ และขยายบริการให้

3. มาตรการทางสังคมและกฎหมาย

- 3.1 ปรับเปลี่ยนแนวทางการเลี้ยงดูและพัฒนาความคิด ปรักฐานในการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง เพื่อให้บุตรชายมีเจตคติที่ดี ไม่เอาเปรียบเพศหญิง และบุตรสาวรู้เท่าทันความคิดของเพศชาย รู้จักแนวทางที่ถูกต้องในการเลือกเพื่อนชายและเลือกคู่ครองโดยอยู่ในกรอบของศีลธรรม

- 3.2 เร่งรัดพัฒนาคุณภาพของการให้ความรู้ด้านเพศศึกษา และการเสริมสร้างศีลธรรมจริยธรรมในสถานศึกษา

- 3.3 ขยายเงื่อนไขในกฎหมายการทำแท้งให้กว้างขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน เช่น เพิ่มเงื่อนไขให้ทำแท้งได้ในกรณีที่มีการคุมกำเนิดล้มเหลว หรือทารกมีความผิดปกติ หรือเป็นโรคร้าย

- 3.4 เพิ่มมาตรการให้เกิดความปลอดภัยในการทำแท้ง ลดอันตรายจากการทำแท้งเถื่อน

และแท้งไม่ปลอดภัย ควบคุมกำกับสถานบริการของรัฐและเอกชนให้ทำแท้งอย่างปลอดภัยและ ถูกหลักวิชาแพทย์ ตรวจจับสถานบริการทำแท้งในเชิงพาณิชย์

3.5 ให้การช่วยเหลือดูแลสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาและบุตรที่เกิดมาสร้างภาพลักษณ์ ให้สังคมยอมรับปัญหาและเห็นใจไม่เหยียดหยามการตั้งครรภ์นอกสมรส จัดสถานที่สำหรับสตรี ที่ประสบปัญหาและไว้ที่พึ่งพิง รวมทั้งการฝึกอบรม เช่น บ้านพักฉุกเฉิน จัดให้มีสถานสงเคราะห์เด็ก

โครงการเตรียมความพร้อมด้านอนามัยครอบครัว

จากการที่เยาวชนหญิงเป็นหนึ่งในกลุ่มสตรีที่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ กระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำโครงการเตรียมความพร้อมด้านอนามัยครอบครัว เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 14 วิธี ดังนี้ (สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2551)

1. ประชาชนทุกคนต้องเห็นความสำคัญของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยถือว่าเป็นหน้าที่ของพลเมืองดีที่จะช่วยกันอบรมสั่งสอน (เท่าที่เป็นไปได้) สอดส่องดูแลความประพฤติ ของวัยรุ่น ช่วยเป็นหูเป็นตาแจ้งผู้ปกครอง สถานศึกษา ตำรวจ ฯลฯ เมื่อพบความเสี่ยง
2. สังคมต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบ เช่น ลดการขั้วขุมทางกามารมณ์ การขายสุรา การมั่วสุม ในที่ต่าง ๆ ฯลฯ
3. ครอบครัวต้องถือว่าเป็นหน้าที่หลักที่จะดูแลลูกหลานวัยรุ่นของตนเองอย่างใกล้ชิด ความรักและความใกล้ชิดทำให้ตรวจพบสิ่งผิดปกติตั้งแต่เริ่มแรก
4. พ่อแม่ผู้ปกครองต้องเข้าใจจิตวิทยาของวัยรุ่น ต้องพัฒนาตนเองให้ทันยุคสมัยและสังคม ที่เปลี่ยนแปลง ทั้งเรื่องข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยี การใช้ชีวิต ฯลฯ
5. หากมีลูกหลานเป็นชาย ควรสอนเขาตั้งแต่เด็กถึงความเป็นสุภาพบุรุษ ไม่ล่วงเกิน เพศตรงข้าม หากยังไม่พร้อมและไม่สามารถรับผิดชอบเลี้ยงดู สร้างครอบครัวได้
6. สร้างค่านิยมไม่มีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น คนเก่งต้องรู้จักเซย์โน สนับสนุนการสร้าง ทัศนคติให้รักษาพรหมจรรย์จนถึงวัยอันควร โดยใช้ความสัมพันธ์อันดีในครอบครัว หลักการ ทางศาสนา จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ฯลฯ
7. สถานศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต้องสนับสนุนองค์ความรู้ทางเพศศึกษา (รวมถึงการคุมกำเนิด) ที่ถูกต้อง ตั้งแต่ก่อนที่นักเรียนจะเข้าสู่วัยรุ่น
8. รัฐบาลต้องถือว่าการลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นนโยบายสำคัญ มีงบประมาณ กลยุทธ์สนับสนุนองค์การที่เกี่ยวข้อง และมีการลงมือปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
9. สื่อต่าง ๆ ควรสนับสนุนบทเรียนและการเรียนรู้ทางเพศศึกษาที่ถูกต้อง โดยมีคณา นักร้อง ฯลฯ เป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่วัยรุ่น
10. นักเขียน นักแสดง ผู้จัดละคร ภาพยนตร์ ควรเสนอบทเรียนของการตั้งท้องวัยรุ่น ให้แพร่หลาย ในหลากหลายรูปแบบงานวรรณกรรม บันเทิงคดี ฯลฯ

11. สถานพยาบาลควรมีคลินิกให้คำปรึกษาวัยรุ่น ที่สามารถติดต่อปรึกษาได้ทุกเมื่อ
 12. แพทย์พยาบาลผู้ให้บริการต้องไม่มีอคติต่อวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร
 13. มีหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ช่วยปรึกษาหาทางออกให้เมื่อวัยรุ่นตั้งครรภ์
 14. ล้อมรั้วด้วยรัก อภัย เข้าใจ และเห็นใจ ทั้งจากคนในครอบครัวและคนรอบข้าง
- สิ่งเหล่านี้จะสร้างความมั่นใจและให้กำลังใจ ทำให้วัยรุ่นที่เสียตัวไปแล้วไม่ตั้งครรภ์ ที่ตั้งครรภ์ไปแล้วก็จะไม่ท้องในวัยรุ่นซ้ำอีกเป็นครั้งที่สอง

สรุป

การตั้งครรภ์ไม่วางแผนและการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนายังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่ยังไม่ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ความต้องการของประชากรในกลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการตอบสนอง ในแต่ละปียังคงมีสตรีจำนวนมากที่ตั้งครรภ์โดยไม่ปรารถนาและประสบอันตรายหรือเสียชีวิตจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเป็นจำนวนมาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มยากจน ค้อยโอกาส ทารกที่เกิดมาการตั้งครรภ์ไม่วางแผนและครรภ์ไม่ปรารถนาก็เป็นปัญหาและภาระแก่ครอบครัวและสังคม การที่จะแก้ปัญหานี้ต้องใช้ยุทธศาสตร์บริการสาธารณสุขเชิงรุกและการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ตลอดจนถึงองค์กรระดับนานาชาติ ปัญหานี้เป็นเป้าหมายที่ทำทลายและสำคัญอย่างยิ่งประการหนึ่งในการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชากรโลก

จากข้อมูลเกี่ยวกับเด็กหญิงวัยเยาว์ตั้งครรภ์ ประกอบกับข้อมูลจากบ้านพักฉุกเฉินเกี่ยวกับผู้หญิงและเด็กที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมที่มารับบริการความช่วยเหลือโดยอายุต่ำสุดของเด็กที่ตั้งครรภ์คือ 10 ปี พบที่จังหวัดจันทบุรี สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาประสบการณ์การตั้งครรภ์เฉพาะกลุ่มเด็กหญิงวัยเยาว์อายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุต่ำที่สุดที่พบว่ามีที่ตั้งครรภ์ในปัจจุบัน เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยนี้ถือเป็นภาวะวิกฤตที่สุด เนื่องจากผู้ที่ตั้งครรภ์ต้องประสบทั้งภาวะวิกฤตจากพัฒนาการวัยรุ่นและภาวะวิกฤตจากภาวะจิตสังคมของการตั้งครรภ์

พัฒนาการของหญิงตั้งครรภ์

การจะเป็นมารดาได้อย่างสมบูรณ์ หญิงผู้นั้นจะต้องปฏิบัติภารกิจไปตามขั้นตอนตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ เรียกภารกิจที่หญิงตั้งครรภ์ต้องกระทำว่า “การทำหน้าที่ตามพัฒนาการในระยะตั้งครรภ์” ความสำเร็จในการทำหน้าที่ตามพัฒนาการในระยะตั้งครรภ์ จะสะท้อนให้เห็นถึงสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งความพร้อมด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมต่อการตั้งครรภ์ การคลอด และการดำเนินบทบาทมารดา พัฒนาการของหญิงตั้งครรภ์เป็นสิ่งสำคัญ เพราะการที่หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถทำหน้าที่ตามพัฒนาการสมบูรณ์ทุกขั้นตอน จะทำให้เกิดความล้มเหลวในการดำเนิน

บทบาทมารดา สำหรับการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในระยะตั้งครรภ์นั้น เป็นผลจากการปรับตัวด้านภาวะจิตสังคมในระยะตั้งครรภ์

ภาวะจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์ หมายถึง ภาวะด้านจิตใจที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในระหว่างสถานการณ์การตั้งครรภ์ มีดังนี้ (ศศิธร นามทวีชัยกุล, 2541, หน้า 78-82)

1. การเปลี่ยนแปลงส่วนจิตใจและความห่วงกังวล เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ การเกิดความกังวลใจ ความหวั่นไหวต่อตนเอง การตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

2. การยอมรับการตั้งครรภ์ เป็นความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมที่แสดงถึงความสุข ความพึงพอใจที่ตั้งครรภ์ การยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รูปลักษณ์ และการวางแผนการตั้งครรภ์

3. การแสดงบทบาทการเป็นมารดา เป็นการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเลี้ยงดูทารกที่จะเกิดมา ซึ่งครอบคลุมถึงการดูแลและการปฏิบัติตนเองอย่างถูกต้องในระยะตั้งครรภ์ การเตรียมตัวที่จะเป็นมารดา การเลี้ยงดูทารก การปรับตัวไปสู่บทบาทการเป็นมารดาที่ดี

4. การมีความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด ที่ติดต่อเกี่ยวข้องและผูกพันระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับบุคคลใกล้ชิด เช่น มารดาของตนเอง ซึ่งให้ความรักผูกพัน ดูแลเอาใจใส่ รวมทั้งความสัมพันธ์กับสามีที่รักใคร่ เอาใจใส่ แบ่งเบาภาระ ตลอดจนการมีเพศสัมพันธ์ในระยะตั้งครรภ์

5. การมีสัมพันธ์ภาพกับทารกในครรภ์ ซึ่งเป็นความรู้สึกรักใคร่ผูกพันที่หญิงตั้งครรภ์มีต่อทารกในครรภ์ แสดงออกโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับทารกในครรภ์ การเสียดสีเพื่อทารกในครรภ์ การมีความรู้สึกผูกพัน การยอมรับความเป็นบุคคลของทารกในครรภ์ การสนใจในรูปร่างลักษณะ และรูปร่างหน้าตาของทารก และการแสดงบทบาทการเป็นมารดา

หญิงตั้งครรภ์ที่มีการปรับตัวด้านภาวะจิตสังคมได้สมดุลตามระยะพัฒนาการของการตั้งครรภ์ จะแสดงพฤติกรรมการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมตามมา

ภาวะจิตสังคมกับพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์

พฤติกรรมการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านภาวะจิตสังคม ซึ่งโฮสเทเตอร์ และแอนโดเซค (Hostetter & Andosek, 1990, pp. 95-106) ได้สรุปไว้ 7 ประเด็น ได้แก่

1. การยอมรับการตั้งครรภ์
2. ความรู้สึกถึงเลใจ
3. การเปลี่ยนแปลงภาวะจิตสังคมตามการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์
4. การแสดงบทบาทการเป็นมารดา
5. การสร้างสัมพันธ์ภาพและความผูกพันกับทารกในครรภ์

6. การเปลี่ยนแปลงทางด้านภาพลักษณ์

7. การเปลี่ยนแปลงทางด้านเพศสัมพันธ์

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การยอมรับการตั้งครรภ์ ระยะแรกหญิงตั้งครรภ์มักแปลกใจและสงสัยเกี่ยวกับอาการแสดงต่าง ๆ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายปัสสาวะบ่อย เหนื่อย อ่อนเพลียกว่าปกติ บางครั้งมีอาการคัดตึงเต้านมและที่สำคัญคือ การขาดหายของประจำเดือน อาการเหล่านี้มักจะเป็นข้อบ่งชี้อันดับแรกของการตั้งครรภ์ แต่ก็ไม่ได้เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงการตั้งครรภ์เสมอไป การมาปรึกษาแพทย์และได้รับการตรวจวินิจฉัยว่ามีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นก็จะเป็นการยืนยันว่ามีการตั้งครรภ์จริง ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีการพัฒนาไปสู่การยอมรับการตั้งครรภ์ต่อไป (Pillitteri, 1981, p. 547) โดยปฏิกิริยาตอบสนองภายหลังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าตั้งครรภ์ มีดังนี้

1.1 ไม่เชื่อว่าการตั้งครรภ์จริง ความรู้สึกนี้จะเป็นอันตรายอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่มีความอาชีพที่ต้องสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมหรือสารเคมี ที่อาจจะมีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์

1.2 รู้สึกวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกวิตกกังวลต่อตนเองเป็นสำคัญ แต่จะนึกถึงทารกในครรภ์น้อยมาก มักวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัย การปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ การคลอด โดยเฉพาะผู้ที่เคยทำงานนอกบ้าน เมื่อตระหนักว่าการตั้งครรภ์ทำให้ต้องเลิกการทำงานนอกบ้านซึ่งมีความสำคัญต่อตนเองเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ เนื่องจากการเปลี่ยนมามีบทบาทในการเป็นมารดา ซึ่งสังคมเห็นว่ามีความค่าและศักดิ์ศรีมากกว่า อย่างไรก็ตามเคยมีการศึกษาผลของการตั้งครรภ์ต่อการทำงาน โดยเปรียบเทียบการทำงานระหว่างบุรุษ สตรีที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ และสตรีที่ตั้งครรภ์ พบว่าภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มนี้มีความแตกต่างเพียงเล็กน้อย ดังนั้น ถ้าลักษณะงาน หรือสิ่งแวดล้อมในการทำงานจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อการตั้งครรภ์สตรีผู้นั้นก็สามารถปฏิบัติงานต่อไปได้เหมือนเดิม

1.3 มีความรู้สึกลังเลใจที่จะบอกให้ผู้อื่นได้รับรู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ หรือบางรายอาจเก็บไว้เป็นความลับ ทั้งนี้ขึ้นกับบุคลิกภาพ สถานภาพครอบครัว และปัจจัยต่าง ๆ ทางด้านสังคม

1.4 ข้อบ่งชี้ที่แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์มีการยอมรับการตั้งครรภ์

1.4.1 รู้สึกดีใจมีความสุขเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ บางรายถึงกับสวมชุดคลุมท้องตั้งแต่ไตรมาสแรก แม้ว่าครรภ์จะยังไม่ปรากฏให้เห็น เพื่อยืนยันว่าตั้งครรภ์จริง

1.4.2 มีความทนต่อความไม่สุขสบายต่าง ๆ ทางด้านร่างกายได้ดี หรือไม่สุขสบายเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

1.4.3 มีความรู้สึกลังเลใจในระดับต่ำ

1.4.4 มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ในระดับต่ำถึงปานกลาง

1.4.5 มีความรู้สึกพร้อม มั่นใจ และเตรียมไปด้วยความหวังต่อการตั้งครรภ์และการคลอด

การคลอด

1.5 ข้อบ่งชี้ที่แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์ ไม่ยอมรับการตั้งครรภ์

1.5.1 รู้สึกเป็นทุกข์หรือหมดหวัง เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์

1.5.2 มีความไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายเป็นอย่างมาก

1.5.3 มีความรู้สึกวุ่นวายแบบแผนในการดำเนินชีวิต เช่น สัมพันธภาพกับคู่สมรส

หรืองานอาชีพมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลง

1.5.4 มีความรู้สึกเสียใจ หรือปฏิเสธการตั้งครรภ์เป็นเวลานาน

ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์ไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ อาจนำไปสู่ปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น การเกิดความรู้สึกคับข้องใจหรือความรู้สึกขัดแย้งมากขึ้น ถ้าไม่มีผู้ที่มาร่วมรับรู้ปัญหาที่เกิดจากการตั้งครรภ์ หรือหญิงตั้งครรภ์มีความคิดว่าการมีบุตรอาจจะมีผลทางด้านลบต่อการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ ก็จะทำให้เกิดความคิดขัดแย้งต่อการมีบุตรที่รุนแรงและต่อเนื่องกันไป

2. ความรู้สึกถึงเลใจ

เมื่อหญิงตั้งครรภ์ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ มีการตอบสนองแตกต่างกันไป เช่น ซื้อมีไม่เชื่อ ปิติเป็นสุข เกิดความหวัง ปฏิเสธหรือกลัว และคาดว่าร้อยละ 80 ของหญิงตั้งครรภ์จะปฏิเสธว่าตั้งครรภ์ (Driscoll, 1996, pp. 61-71) ทั้งนี้พบว่าแม้แต่ในผู้ที่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ไว้แล้วก็ตาม จะเกิดความรู้สึกประหลาดใจหรือช็อกในระยะแรกและต่อมาถึงเลใจว่าตนเองพร้อมที่จะมีบุตรจริงหรือไม่ เนื่องจากอาจมีปัญหาเศรษฐกิจ ภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องเพิ่มขึ้นจากการคลอดและการเลี้ยงดูบุตรหน้าทีการงาน ถึงวลว่าจะไม่สามารถแบ่งเวลาในการสนองตอบความต้องการของบุตรคนก่อนไม่แน่ใจว่ามีบุตรแล้วจะทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร อาจรู้สึกวุ่นวายยังไม่พร้อมที่จะมีบุตร ไม่แน่ใจว่าจะสามารถปรับตัวต่อบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรได้หรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่สุขสบายจากอาการแพ้ท้อง หรือรู้สึกกังวลต่อสภาพลักษณะที่เปลี่ยนไปในขณะตั้งครรภ์หรือหลังคลอด อย่างไรก็ตามในความรู้สึกเหล่านี้ที่เกิดขึ้นหญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกมีความสุขตื่นเต้น หรืออาจคาดหวังล่วงหน้าเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ จึงทำให้มีความรู้สึกที่สลับกันทั้งความรู้สึกทางด้านลบกับความรู้สึกด้านบวกหรือเกิดความสุข ซึ่งการยอมรับการตั้งครรภ์โดยสมบูรณ์หรือยอมรับทันทีทันใดนั้นพบได้น้อยมาก พบว่าปลายไตรมาสแรกส่วนใหญ่จะยอมรับการตั้งครรภ์ได้ หรืออาจพบว่าหญิงตั้งครรภ์บางคนสามารถยอมรับการตั้งครรภ์ได้ โดยที่ความรู้สึกถึงเลใจก็ยังคงอยู่ หญิงตั้งครรภ์จึงต้องการการประคับประคอง ปลอบโยนและกำลังใจ รวมทั้งต้องการข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับความรู้สึกถึงเลใจที่เกิดขึ้น ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนในการตั้งครรภ์หรือไม่ต้องการบุตร

เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์จึงอาจมีความคิดเรื่องการทำแท้ง แต่ก็อาจรู้สึกกลัวว่าตนเองอาจเป็นอันตราย หรือรู้สึกกลัวบาปที่เกิดจากการกระทำครั้งนี้ จึงไม่กล้าทำแท้ง หรือพยายามคิดให้ทารกในครรภ์ มีการแท้งไปเอง สิ่งเหล่านี้จึงก่อให้เกิดความเครียดเป็นอย่างมาก ส่งผลให้เกิดอาการแสดงทางด้านร่างกาย เช่น แพ้ท้องรุนแรงมากกว่าปกติ รู้สึกไม่สุขสบาย เหนื่อย อ่อนเพลีย หญิงตั้งครรภ์เหล่านี้จึงต้องการการยอมรับการตั้งครรภ์จากบุคคลใกล้ชิดที่มีความสำคัญสำหรับตนเอง เช่น สามี ญาติ หรือเพื่อนฝูง และต้องการการประคับประคองด้านจิตใจหรือกำลังใจอย่างมาก

โดยทั่วไป ความรู้สึกกังวลใจอาจเกิดขึ้นได้ตลอดระยะการตั้งครรภ์ แต่ต้องอยู่ระดับต่ำ ถ้าหญิงตั้งครรภ์ยังคงมีความรู้สึกกังวลใจในระดับสูงตลอดการตั้งครรภ์ถือว่าเป็นความผิดปกติ แสดงว่าไม่สามารถแก้ไขข้อขัดแย้งในจิตใจหรืออาจปฏิเสธการตั้งครรภ์ได้ ข้อแตกต่างระหว่างการปฏิเสธเมื่อรู้สึกกังวลใจ และการปฏิเสธทารกในครรภ์ กล่าวคือ การปฏิเสธเมื่อรู้สึกกังวลใจ จะนำไปสู่การยอมรับและมีการเตรียมตัวเพื่อรับทารกในครรภ์ ส่วนการปฏิเสธทารกในครรภ์ จะเป็นสิ่งที่คุกคามต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก (Pillitteri, 1981, pp. 547-550)

3. การเปลี่ยนแปลงภาวะจิตสังคมตามการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์

ระยะนี้จิตใจของหญิงตั้งครรภ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงขึ้นลงได้รวดเร็ว และพบว่าหญิงตั้งครรภ์จะมีอารมณ์หงุดหงิด ใจน้อยง่าย มีความรู้สึกไวต่อสถานการณ์ ร้องไห้ง่าย โดยไม่มีสาเหตุ บางครั้งก็จะมีอารมณ์สนุกสนาน ดีใจ มีความสุข จึงทำให้สามีหรือคนรอบข้าง มีความรู้สึกสับสน ไม่เข้าใจถึงสาเหตุการเปลี่ยนแปลงของหญิงตั้งครรภ์และไม่ทราบว่าปฏิบัติอย่างไร บางรายสามีอาจไม่สนใจปัญหาหรือแยกตัวออกมาเมื่อภรรยามีอารมณ์ไม่ดี ภรรยาก็จะยิ่งน้อยใจและอารมณ์จะยิ่งเปลี่ยนแปลงมากขึ้น (อภิรัช สกุลธนิยา, 2540, หน้า 126-150) นอกจากนี้ อาจพบว่าหญิงตั้งครรภ์อาจรู้สึกคิดถึงแต่ตนเองและมีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และความรู้สึกของตนเองต่อการตั้งครรภ์ หรือกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ หรือในรายที่มีความรู้สึกไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ อาจเกิดความรู้สึกเศร้าโศก สูญเสีย และอับอาย ซึ่งเป็นความรู้สึกทางด้านลบต่อการตั้งครรภ์ ดังนั้น ภาวะจิตสังคมด้านอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์จึงแสดงออกมาในลักษณะของความเครียด ความกลัว และวิตกกังวล ดังนี้

ความเครียด ลาซารัส และคณะ (Lazarus et al., 1984) กล่าวว่า ภาวะเครียด หมายถึง ลักษณะปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลรับรู้ต่อสิ่งเร้าหรืออันตรายที่มาคุกคาม ต่อตัวบุคคล ที่มีผลทำให้ร่างกายเสียสมดุล และเกิดความตึงเครียดจนผลักดันให้ร่างกายเกิดกลไกการต่อต้าน หรือการปรับตัวเพื่อเข้าสู่ภาวะที่สมดุล ดังนั้น ความเครียดจึงหมายถึงเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และตนจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังในการปรับตัว นั่นคือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุล

ระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลนั้น นอกจากนี้การประเมินตัดสินใจ เหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า และปัจจัยทางด้านตัวบุคคล

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความเครียด

1. ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้แก่

- 1.1 ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับเชื้อเอชไอวี จากสามี ย่อมประเมินว่าเป็นอันตรายและสูญเสียอย่างมากทั้งในปัจจุบันและอนาคต
- 1.2 ลักษณะของเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด ถ้าเป็นเหตุการณ์ใหม่ ซึ่งเป็นบุคคลไม่เคยพบหรือประสมมาก่อน ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต บุคคลอาจประเมินว่า เป็นภาวะคุกคาม เช่น หญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอาการแท้งคุกคาม เป็นต้น
- 1.3 ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ ถ้าเหตุการณ์นั้นมีความคลุมเครือไม่แน่นอน บุคคลอาจจะประเมินว่าเป็นภาวะเครียด เนื่องจากความคลุมเครือทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาได้ ถูกต้องว่าตนจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ และไม่สามารถหาวิธีการที่เหมาะสมในการ จัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้น ๆ ได้ เช่น หญิงบางรายที่เคยรับประทานยาเพื่อขับ ประจำเดือน แต่ปรากฏว่าตั้งครรภ์ จึงทำให้รู้สึกกลัวหรือวิตกกังวลว่าจะมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ อย่างไรบ้าง

2. ปัจจัยทางด้านตัวบุคคล ได้แก่

- 2.1 ข้อผูกพัน (Commitment) โดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสำคัญ มีความหมาย ต่อบุคคลและบุคคลนั้นมีข้อผูกพันมากน้อยเพียงใด ถ้ามีมากบุคคลอาจจะประเมินว่าเป็นภาวะเครียด ที่คุกคามสวัสดิภาพของตนเองเป็นอย่างมาก
- 2.2 ความเชื่อ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่า ตนมีความสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ ความเครียดนั้นอาจจะออกมาในลักษณะทำทาบ แต่ถ้าเชื่อว่าตนไม่สามารถควบคุมได้ อาจจะ ประเมินว่าคุกคาม สูญเสีย หรือเป็นอันตราย
- 2.3 ระดับสติปัญญา ผู้ที่มีสติปัญญาคือจะสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ตรงกับความจริง จึงอาจจะเกิดความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ประเมินเหตุการณ์ไม่ถูกต้อง

สาเหตุการเกิดความเครียดในเด็กหญิงวัยเยาว์ที่ตั้งครรภ์

1. ความรับผิดชอบในฐานะ “ผู้ใหญ่” ที่สมบูรณ์ เนื่องจากค่านิยมในสังคมถือว่าการตั้งครรภ์เป็นลักษณะ “ผู้ใหญ่” การตั้งครรภ์จึงเปรียบเสมือนสัญญาณที่เตือนให้ทราบว่าเป็นเด็กหรือวัยรุ่นได้สิ้นสุดลงแล้ว และเป็นการเริ่มต้นของความเป็นผู้ใหญ่ที่มีงานและความรับผิดชอบอยู่ การกระทำหรือตัดสินใจต่าง ๆ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์เป็นสิทธิอันชอบธรรม

ของหญิงตั้งครรภ์เอง สิ่งเหล่านี้ย่อมก่อให้เกิดความเครียดอย่างมาก โดยเฉพาะหญิงที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุยังน้อยหรือหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น รายที่ไม่ได้แต่งงาน หรือแยกกันอยู่กับสามี ความรับผิดชอบในฐานะ “แม่” เป็นเรื่องที่เพิ่มภาวะเครียดให้อย่างมาก

2. ความกังวลเกี่ยวกับการคลอด คำบอกเล่าหรือความเชื่อที่สืบทอดกันมาเกี่ยวกับเรื่องการคลอด ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกลัวหรือวิตกกังวล โดยเฉพาะความปลอดภัยในการคลอด ซึ่งหญิงตั้งครรภ์อาจมีความกลัวเกี่ยวกับความเจ็บปวดในการคลอด หรือกลัวความพิการที่จะเกิดขึ้นกับร่างกายหรือหนทางคลอด นอกจากนี้อาจพบว่าหญิงตั้งครรภ์บางรายอาจวิตกกังวลถึงการแสดงออกของตนเองในขณะคลอดว่า เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของแพทย์และพยาบาลหรือไม่ บ้างก็วิตกกังวลว่าจะไปคลอดที่โรงพยาบาลไม่ทัน หรือห่วงใยบุตรที่อยู่บ้าน ความคิดเหล่านี้จึงเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ได้เช่นกัน

3. ความเครียดที่เกิดจากทารก ความพิการหรือผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของทารกในครรภ์เป็นสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์วิตกกังวล สังเกตได้จากการที่หญิงตั้งครรภ์ถามว่า ทารกในครรภ์จะปกติหรือไม่ จะมีอันตรายเกิดขึ้นแก่ทารกได้หรือไม่ ถ้าหญิงตั้งครรภ์รายใดเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการตายคลอดมาก่อน อาจถามว่าทารกจะตายในครรภ์หรือไม่

จากที่กล่าวมาในข้างต้น จะเห็นว่าการตั้งครรภ์ก่อให้เกิดภาวะเครียดทางอารมณ์ได้อย่างมาก เนื่องจากเป็นช่วงที่ต้องปรับตัวของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงตั้งครรภ์ซึ่งต้องปรับตัวตามสภาวะของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป และมีผลกระทบไปถึงด้านจิตใจ เป็นช่วงเวลาที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการการยอมรับ ความเข้าใจ และการประคับประคองจากบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งสังคมแวดล้อมเป็นอย่างมาก ถ้าบุคคลเหล่านี้ไม่มีความเข้าใจสภาวะอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์จะเป็นการเพิ่มความเครียดแก่หญิงตั้งครรภ์มากยิ่งขึ้น

ปฏิกิริยาที่แสดงออกถึงภาวะเครียดในหญิงตั้งครรภ์

1. ด้านพฤติกรรม หญิงตั้งครรภ์มักมีอาการที่เปลี่ยนแปลงง่าย การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์นี้ทำให้เกิดความอึดอัด ไม่เป็นสุขแก่ตัวหญิงตั้งครรภ์และบุคคลใกล้ชิด อาการแสดงที่พบได้บ่อยคือ การมีปฏิกิริยาตอบโต้ต่อคำพูดหรือการกระทำของผู้ใกล้ชิด ร้องไห้บ่อย รู้สึกรำคาญในสิ่งแวดล้อม โมโหฉุนเฉียวง่าย หรือรู้สึกตื่นเต้นดีใจในสิ่งที่พบเห็นซึ่งเป็นเหตุการณ์ธรรมดา การที่หญิงตั้งครรภ์มีสภาวะอารมณ์เช่นนี้ อธิบายได้ว่า ร่างกายต้องปรับตัวต่อสภาวะการตั้งครรภ์ทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปจากที่เคยปฏิบัติ เช่น ด้านเพศสัมพันธ์ หรือความหวาดกลัวเกี่ยวกับการคลอด เป็นต้น นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนในร่างกายที่ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่แสดงออกคล้ายกับในสตรีที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ในช่วงก่อนมีประจำเดือนและระยะใกล้จะหมดประจำเดือน

2. การแสดงออกด้านความคิดเห็นส่วนตัว เมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินไปเรื่อย ๆ การแสดงออกของความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่สามารถสังเกตได้อีกประการหนึ่งคือ การพูดหรือเล่าถึงความรู้สึกของตนเองต่อบุคคลอื่นที่อยู่ในสังคม ซึ่งโดยปกติแล้วการพูดถึงความรู้สึกของตนเองหรือเรื่องส่วนตัวที่ได้นำมากล่าวถึงนั้นเป็นเรื่องที่ไม่สมควรเปิดเผยต่อสังคมหรือเป็นเรื่องที่พูดกันเฉพาะในครอบครัวเท่านั้น การที่หญิงตั้งครรภ์แสดงออกทางด้านนี้ เนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อว่า การได้พูดคุยหรือแสดงความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับอาการหรือลักษณะของตนเองนั้นเป็นที่สนใจและผู้ฟังยอมรับได้ เป็นการแสดงออกของความต้องการไว้วางใจและการยอมรับอย่างจริงใจจากสังคม

3. ความรู้สึกขัดแย้งระหว่างความต้องการที่จะพึ่งพาผู้อื่นกับความต้องการเป็นตัวของตัวเอง การตั้งครรภ์เป็นลักษณะหนึ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกถูกจำกัด ทั้งนี้เพราะการตั้งครรภ์ทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถควบคุมได้ และไม่สามารถเปลี่ยนกลับเป็นเช่นเดิมได้ ประกอบกับสภาพทางสังคมที่สอนให้บุคคลต้องพึ่งพาตนเองจึงจะเรียกว่าเป็น “ผู้ใหญ่” แต่ทารกในครรภ์ซึ่งเป็นบุตรอีกคนหนึ่งอยู่ด้วยตลอดเวลา หญิงตั้งครรภ์จึงเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีอิสระ นอกจากนี้ขณะตั้งครรภ์ความคิดของหญิงตั้งครรภ์มักขัดแย้งกับลักษณะที่แสดงออกภายนอก คือ หญิงตั้งครรภ์คิดว่า “ลูก” เป็นส่วนหนึ่งของร่างกายตนเอง แต่เนื่องจาก “ลูก” ทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องการความช่วยเหลือและประทับประคองจากสามีหรือบุคคลใกล้ชิดทั้งด้านอารมณ์และเศรษฐกิจ ซึ่งเปรียบเสมือนการขาดความเป็นตัวของตัวเอง ความคิดที่สับสนในตนเองนี้ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความไม่แน่ใจว่าตนเองคือใคร กำลังทำอะไร กำลังทำเพื่ออะไร

4. ด้านเพศสัมพันธ์ ปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์และการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของหญิงตั้งครรภ์เอง เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างหญิงตั้งครรภ์และสามีเป็นอย่างมาก ปัญหาที่พบได้บ่อยเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์ คือ การเกิดความเจ็บปวดอย่างรุนแรงขณะมีเพศสัมพันธ์ (Dyspareunia) เนื่องมาจากความดันของหน้าท้องที่ขยายใหญ่ขึ้นหรือเนื่องจากฝ่ายชายมีการสอดอวัยวะเพศลึกเกินไป นอกจากนี้ภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ฝ่ายหญิงอาจมีความรู้สึกเจ็บ และเกร็งเหมือนเป็นตะคริวที่บริเวณหน้าท้องส่วนล่าง และปวดหลังบริเวณกระเบนเหน็บ สำหรับรายที่เป็นครรภ์หลังอาจพบด้านมดลูกตึงได้ ถ้ามีเพศสัมพันธ์ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ความเจ็บปวดเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ อันเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความรู้สึกและความต้องการทางเพศเปลี่ยนไป ร่วมกับหญิงตั้งครรภ์อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย และง่วงนอนอยู่เสมอ ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้เป็นสามี ทำให้สามีเกิดความรู้สึกสับสน หรือไม่เข้าใจถึงความต้องการทางเพศของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งบางครั้งลดลงหรือไม่มีความต้องการเลย แต่บางครั้งความต้องการทางเพศกลับเพิ่มมากขึ้น

โดยเฉพาะประการหลังนี้เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความรู้สึกที่อึดอัดและยากจะอธิบายได้ทั้งแก่ตัวหญิงตั้งครรภ์เองด้วย ในทางตรงกันข้ามระดับความต้องการทางเพศที่เปลี่ยนไปของสามี ย่อมก่อให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจเป็นอย่างมากเช่นเดียวกัน

จะเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีอิทธิพลต่อความต้องการ และการแสดงออกในเรื่องเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์เป็นอย่างยิ่ง ปัญหาหรือความนึกคิดด้านเพศสัมพันธ์นี้จึงเป็นสาเหตุของภาวะเครียดในหญิงตั้งครรภ์และสามีอย่างมาก ร่วมกับการไม่ขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ทำให้ภาวะเครียดเพิ่มมากขึ้นจนในที่สุดอาจนำไปสู่ภาวะวิกฤตในครอบครัวได้

การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด

สุปรียา บุญเขต (2527, หน้า 152-157) ได้กล่าวถึงภาวะเครียดในหญิงตั้งครรภ์ไว้ว่า การตั้งครรภ์ถือเป็นภาวะเพิ่มความเครียดให้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว และยังถือว่าเป็นภาวะวิกฤตตามพัฒนาการชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวอีกด้วย เนื่องจากการตั้งครรภ์ถือเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญ หรือจุดที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เปลี่ยนจากบุคคลอิสระมาเป็นบิดามารดา โดยเฉพาะในรายที่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ส่วนการตั้งครรภ์ครั้งหลังนั้น การมีสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้นทำให้ภาระหน้าที่ตลอดจนภาวะเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้น ความเครียด และความวิตกกังวล จึงมีมากขึ้นกว่าการตั้งครรภ์ครั้งแรก

ระดับความเครียดที่เกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้คือ

1. สภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งด้านรูปร่างและขนาด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้อาจก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองต้องอาศัยและพึ่งพาผู้อื่นในช่วงนี้
2. สภาพจิตใจก่อนตั้งครรภ์และความสามารถในการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นเนื่องจากการตั้งครรภ์
3. สภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบัน สถานภาพสมรส และความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสตลอดจนจำนวนและอายุของบุตรในครอบครัว
4. การรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความรู้สึกหรือสำนึกต่าง ๆ ในหญิงตั้งครรภ์ เช่น ความรู้สึกขัดแย้งในตนเองเกี่ยวกับการขาดอิสรภาพ ความคิดเปรียบเทียบกับตนเองกับมารดาหรือพี่น้อง ความรู้สึกเกลียดชังสามี หรือความสำนึกเกี่ยวกับตนเองและหน้าที่ของการเป็นมารดา

ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกเหมือนถูกคุกคามเสี่ยงภัย ตกอยู่ในภาวะของความไม่มั่นคงปลอดภัย ความไม่แน่นอน ไม่ทราบว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเอง ความรู้สึกนี้ทำให้บุคคลเกิดความหวาดหวั่น ตึงเครียด กระวนกระวาย หรือไม่สบาย โดยมีการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สำหรับความวิตกกังวลจะแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ความวิตกกังวล

ที่เกิดจากสถานการณ์ เป็นความกระวนกระวาย ความหวาดหวั่น ความกังวล ที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว-ชั่วคราวในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เมื่อมีสถานการณ์ที่บุคคลยอมรับไม่ได้เกิดขึ้นเป็นครั้งเป็นคราว เช่น การตั้งครรภ์เมื่อเกิดภาวะเสี่ยงสูงจากการหดตัวของมดลูกก่อนกำหนด หรือการมีเลือดออกทางช่องคลอด หญิงตั้งครรภ์จะเกิดความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเอง หรือผิดปกติเกี่ยวกับทารก ตลอดจนการต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด ส่วนอีกประเภทหนึ่งเป็นความวิตกกังวลซึ่งเป็นลักษณะประจำในตัวบุคคล หรือเป็นลักษณะคงที่ในตัวบุคคล เป็นบุคลิกภาพของบุคคลนั้นที่จะมีแนวโน้มของการเกิดความกังวล แม้จะอยู่ในสถานการณ์ทั่วไปทุกสถานการณ์ ซึ่งถือได้ว่าความวิตกกังวลแบบนี้เป็นส่วนหนึ่งของอารมณ์อย่างถาวร บุคคลที่มีความวิตกกังวลชนิดอยู่ในตัวเมื่อพบกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่รุนแรงหรือแตกต่างไปจากเดิม จะทำให้เกิดความวิตกกังวลชนิดขึ้นอยู่กับสถานการณ์มากกว่าปกติได้ด้วย เช่น ต้องผ่าตัดเอาทวารออกทางหน้าท้องโดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน ถ้าเป็นบุคคลที่มีความวิตกกังวลเป็นลักษณะประจำตัวอยู่แล้วจะกังวลต่อเหตุการณ์ที่ประสมมากกว่าบุคคลที่ไม่เกิดความวิตกกังวลเป็นลักษณะประจำตัว การตั้งครรภ์ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ และโครงสร้างของร่างกาย การตั้งครรภ์และการคลอด จึงถือเป็นเหตุการณ์อันยิ่งใหญ่ที่ส่งผลต่อเนื่องมาอย่างต่อเนื่องต่อการรับรู้ตนเองของหญิงตั้งครรภ์ แต่อย่างไรก็ตามถ้ามีการตั้งครรภ์ร่วมกับความคาดหวังที่ไม่เป็นจริง จึงไม่ได้เตรียมตัวรับกับปัญหาบางอย่างที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายหรือมีบางสิ่งบางอย่างที่ไม่คาดฝัน จึงมีความกลัวเกิดขึ้น เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจึงเปรียบเสมือนมีการคุกคามต่อการรับรู้ตนเองของหญิงตั้งครรภ์ นำไปสู่การเกิดความวิตกกังวล หญิงตั้งครรภ์จะมีความกลัวเกิดขึ้นได้ 2 สาเหตุ คือ ความกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และความกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดกับทารก ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเกิดจากการขาดความรู้ ขาดวุฒิภาวะ หรือเกิดจากประสบการณ์ในอดีต ความวิตกกังวลพบได้ในหญิงตั้งครรภ์เกือบทุกคน โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การตั้งครรภ์มาก่อน นอกจากนี้ยังครุ่นคิดเกี่ยวกับบทบาทใหม่ของตนเองคือบทบาทการเป็นมารดา และได้ประเมินสภาพของตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการเป็นมารดาที่ดี (กรรณิการ์ กันชะรักษา, 2531)

ความวิตกกังวลอาจจะแสดงออกมาในรูปของการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย หรือการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม จากการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลและความเครียดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ คือ มีการเปลี่ยนแปลงอัตราเต้นของหัวใจ มีการหดตัวของหลอดโลหิตโดยทั่วไปและมีการขยายตัวของหลอดโลหิตที่ไปเลี้ยงหัวใจ ตลอดจนลดการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังมีผลกระทบต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์ กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการกระสับกระส่าย อยู่ไม่เป็นสุข หญิงตั้งครรภ์ที่มี

ความวิตกกังวลสูงหรือมีลักษณะเหนื่อยล้าและทรุดโทรมจะมีผลให้ทารกในครรภ์มีการลดแอคติค และก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้นในกระแสโลหิต ซึ่งเป็นผลให้ทารกในครรภ์มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น และหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ นอกจากนี้การที่หญิงตั้งครรภ์ต้องตกอยู่ในภาวะที่กลัวมาก ผิดปกติ ซึ่งเกิดจากการสะสมความวิตกกังวลในระดับสูง ทำให้มีการหลั่งแอดรีนาลิน ซึ่งมีผลต่อการเพิ่มการทำงานของหัวใจทารก และถ้าสภาวะนี้ดำรงอยู่นานประสาทอัตโนมัติจะเกิดความไม่สมดุลจะเป็นผลทำให้ทารกที่คลอดออกมามีลักษณะอยู่ไม่เป็นสุข กระสับกระส่าย และมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

4. การแสดงบทบาทการเป็นมารดา

บทบาท หมายถึง การทำหน้าที่หรือมีพฤติกรรมจากที่สังคมกำหนด บุคคลทุกคนจะมีบทบาทหลายบทบาทในขณะเดียวกัน แต่จะแสดงบทบาทใด ในเวลาใด ขึ้นกับว่าตนกำลังมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่อยู่ในตำแหน่งคู่คนใด เช่น เมื่อสตรีมีบุตรจะเปลี่ยนสภาพเป็นมารดา จึงต้องแสดงบทบาทของมารดาเพิ่มขึ้นจากการเป็นภรรยาเพียงอย่างเดียว การที่บุคคลจะแสดงบทบาทของตนได้เหมาะสมเพียงใดนั้น ขึ้นกับความคาดหวังของตนเองและผู้อื่น และทักษะ ซึ่งจะพัฒนาจากการเรียนรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อม นอกจากนี้บทบาทของบุคคลมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของผู้ที่อยู่ในตำแหน่งคู่ของตน

สำหรับบทบาทการเป็นมารดานั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงจากภรรยาไปสู่การเป็นมารดาที่ต้องรับผิดชอบการอบรมเลี้ยงดูทารกเพิ่มขึ้น (ศรีโสภณ แห่งทองคำ, 2533) การเปลี่ยนแปลงนี้มีความหมายแก่หญิงตั้งครรภ์ เป็นการก้าวไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ และความเป็นผู้ใหญ่อย่างสมบูรณ์ การเปลี่ยนแปลงไปสู่บทบาทการเป็นมารดา จึงถือว่าเป็นช่วงสำคัญที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องมีการปรับตนเองให้เข้ากับสถานภาพใหม่ เป็นเกณฑ์สำคัญของบุคคลในการมีวุฒิภาวะ และความรับผิดชอบแบบผู้ใหญ่ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์สามารถผสมผสานพฤติกรรมการเป็นมารดาเข้ากับบทบาทใหม่ได้ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกมีความสุข เกิดความมั่นใจกับบทบาทใหม่ที่มีเอกลักษณ์เฉพาะของการเป็นมารดา นอกจากนั้นการเป็นมารดายังเป็นกระบวนการที่ประกอบกันระหว่างสติปัญญา ความรู้คิด และความรู้สึก (Cognitive-Affective) ที่จะนำไปสู่ประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ โดยจะเริ่มเกิดขึ้นและดำเนินต่อไปตลอดระยะของการตั้งครรภ์ จนถึงจุดสูงสุด ซึ่งบางครั้งอาจอยู่ในช่วง 1 ปี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงบทบาทมารดา

การที่หญิงตั้งครรภ์จะสามารถปฏิบัติหน้าที่และความรับผิดชอบในบทบาทมารดาได้ สมบูรณ์นั้น ไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นได้โดยสัญชาตญาณทันที หากเกิดจากการเรียนรู้และพัฒนาการตามลำดับขั้นตอน ในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ตามประสบการณ์ที่เคยได้รับในวัยเด็ก วุฒิภาวะ

ทางอารมณ์ และบุคลิกภาพ ความคิดเห็น ค่านิยมทางสังคมและบุคคลที่ใกล้ชิด บทบาทการเป็นมารดา เป็นเรื่องใหม่ที่หญิงตั้งครรภ์ต้องรับเพิ่มเข้ามา

1. ความคาดหวังต่อบทบาท ซึ่งความคาดหวังนี้จะกำหนดโดยกลุ่มสังคมและสถานภาพที่บุคคลนั้นดำรงอยู่

2. การรับรู้เกี่ยวกับบทบาท (Role Perception) หมายถึง บุคคลจะมองเห็นบทบาทตามการรับรู้และความต้องการของตนเอง หากบุคคลมีความรู้และความเข้าใจในความคาดหวังก็จะช่วยให้เกิดการรับรู้สอดคล้องกับตนเองและบุคคลอื่นด้วย

ถึงแม้ว่าการเป็นมารดาจะเกิดขึ้นและพัฒนาไปตามความคาดหวังซึ่งกำหนดโดยกลุ่มสังคมและโดยสถานภาพที่บุคคลนั้นดำรงอยู่ ซึ่งในแต่ละกลุ่มสังคมหรือวัฒนธรรมก็ไม่ได้มีข้อตกลง หรือคำอธิบายเกี่ยวกับงานในการเป็นมารดาที่ละเอียดและชัดเจนเพียงพอที่จะเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ดังนั้น ในขณะที่มารดาส่วนใหญ่ประสบความสำเร็จในการเป็นมารดา ก็อาจพบมารดาบางส่วนที่ประสบความยากลำบากและยุ่งยากในการเป็นมารดาได้ เนื่องจากความขัดแย้งหรือไม่ชัดเจนในบทบาทของตนเอง

กระบวนการแสดงบทบาทการเป็นมารดา

รูบิน (Rubin, 1975, pp. 143-153) เป็นบุคคลแรกที่อธิบายว่าการแสดงบทบาทการเป็นมารดา เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ และพัฒนาโดยกระบวนการเรียนรู้ไปตลอดการตั้งครรภ์ ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ สรุปได้ดังนี้ (นิลบล รุจิประเสริฐ, 2539)

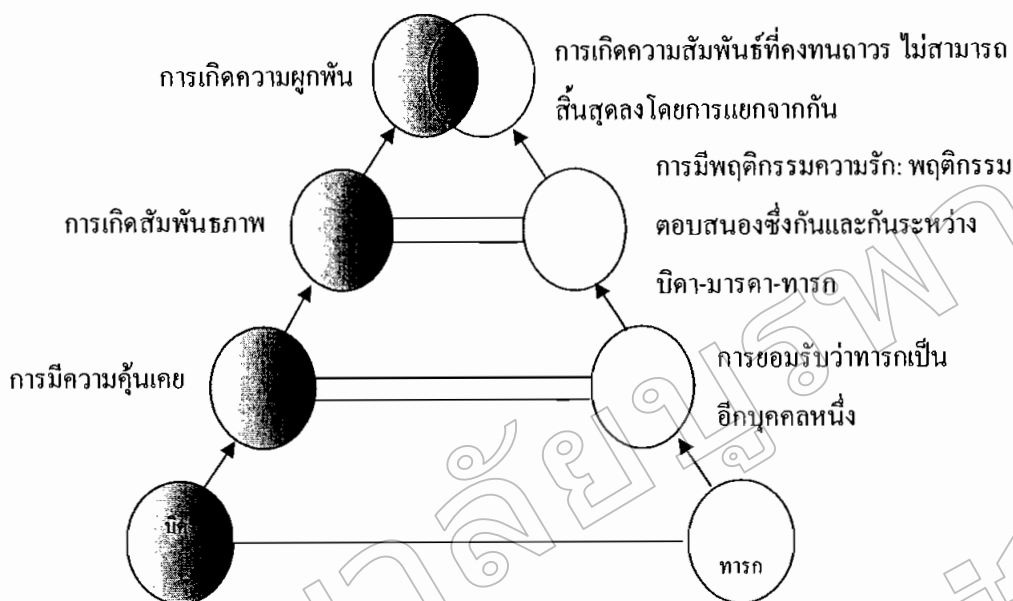
1. การจำลองบทบาท (Replication) เป็นพฤติกรรมแรกของหญิงตั้งครรภ์ที่แสดงถึงความต้องการที่จะเรียนรู้การเป็นมารดา โดยหญิงตั้งครรภ์จะพยายามหาข้อมูล และศึกษาเจตคติและพฤติกรรมที่คิดว่าเป็นส่วนประกอบของการเป็นมารดา ซึ่งพฤติกรรมในการจำลองบทบาทจะประกอบด้วยการเล่นแบบ เป็นพฤติกรรมแรกที่หญิงตั้งครรภ์จะนำมาปรับบทบาทของตนเอง โดยการเล่นแบบคำพูด การกระทำหรือพฤติกรรมง่าย ๆ ที่อาจจดจำแบบอย่างมาจากมารดาของตนเองซึ่งถือว่าเป็นรูปแบบที่สำคัญที่สุด หรืออาจเป็นรูปแบบของบทบาทจากสตรีอื่นที่กำลังตั้งครรภ์ และจากสตรีที่ตนเองคาดว่าประสบความสำเร็จในการคลอดและการเลี้ยงดูทารก และบทบาทที่ถูกเลียนแบบนี้ยังมีส่วนช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกที่มั่นคงสามารถควบคุมสถานการณ์ที่ไม่อาจคาดคิดได้ หรือความรู้สึกที่ไม่แน่นอนของไตรมาสอีกด้วย หลังจากนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงเริ่มมีการฝึกบทบาท (Role Play) เป็นการลองฝึกบทบาทในการเลี้ยงดูทารก โดยอาศัยบุตรของเพื่อนบ้าน หรือญาติ หรือบางรายอาจทดลองเลี้ยงดูสัตว์เลี้ยงไว้ในบ้าน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อที่จะได้ฝึกการมีปฏิสัมพันธ์กับทารก ซึ่งปฏิกิริยาสะท้อนกลับจากทารกจะเป็นการแสดงให้เห็นถึงการยอมรับหรือปฏิเสธพฤติกรรมการเป็นมารดา (Sherwen et al., 1995)

2. การจินตนาการ (Fantasy) เป็นพัฒนาการด้านความรู้ความเข้าใจในบทบาทของมารดา โดยหลังจากหญิงตั้งครรภ์จำลองบทบาทจากผู้อื่น ก็จะเริ่มจินตนาการถึงบทบาทของตนเองในอนาคตว่าตนเองควรที่จะมีพฤติกรรมการเป็นมารดากับทารกอย่างไรบ้าง ซึ่งการจินตนาการเป็นพฤติกรรมหนึ่งในความพยายามทางจิตใจที่จะยอมรับบทบาทใหม่ ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์จึงอาจเกิดความรู้สึกสูญเสีย (Grief Work) เป็นความรู้สึกสูญเสียแนวทางดำเนินชีวิตแบบเดิม ๆ ไปสู่บทบาทใหม่ แต่ความรู้สึกสูญเสียนี้ก็ไม่ส่งผลต่อการยอมรับบทบาทใหม่ของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งการจินตนาการนั้นจะเกิดขึ้นได้ทุกไตรมาสของการตั้งครรภ์ เพียงแต่จะพัฒนาสู่โลกของความเป็นจริงมากขึ้นตามระยะเวลา

3. การเลือกแบบอย่างของบทบาทที่เหมาะสม (Dedifferentiation) เป็นขั้นสุดท้ายที่หญิงตั้งครรภ์จะเลือกแบบอย่างการเป็นมารดาที่เหมาะสมกับตนเอง โดยมีกระบวนการที่เกิดขึ้นคือ เริ่มแรกหญิงตั้งครรภ์เริ่มตระหนักถึงความต้องการของตนเองในการที่จะเรียนรู้การเป็นมารดา จากนั้นก็แสวงหารูปแบบตัวอย่างของการเป็นมารดาจากเพื่อนหรือครอบครัว ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ก็จะเฝ้าดูพฤติกรรมของรูปแบบตัวอย่างอย่างใกล้ชิด หากค้นพบว่าพฤติกรรมนั้นเข้าใจหรือเหมาะสมกับตนเองก็จะนำมาผสมผสานกับความรู้หรือพฤติกรรมเดิมที่ตนมีอยู่ แต่หากพบว่าไม่เหมาะสมกับตนเอง ก็จะปฏิเสธแล้วแสวงหาบทบาทใหม่จนกว่าจะได้แบบอย่างที่เหมาะสมกับตนเอง

5. การสร้างสัมพันธภาพและความผูกพันกับทารกในครรภ์

ความผูกพันและสัมพันธภาพ (Bonding and Attachment) เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลสองคน ซึ่งเป็นที่รักซึ่งกันและกัน สำหรับความผูกพันระหว่างหญิงตั้งครรภ์ต่อทารกในครรภ์ ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นแสดงออกถึงความรักใคร่ห่วงใยเอื้ออาทร เป็นความรู้สึกผูกพันลึกซึ้งยิ่งกว่าความผูกพันใด ๆ และเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องค่อยเป็นค่อยไป จนกลายเป็นความรู้สึกที่มีลักษณะพิเศษและถาวรตลอดไป ดังภาพที่ 7



ภาพที่ 7 รูปแบบของกระบวนการเกิดความผูกพัน (Model of Bonding Process)

(Dickason, Silverman, & Kaplan, 1998, p. 180)

5.1 ความสำคัญของความผูกพันระหว่างหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

หญิงตั้งครรภ์จะเป็นผู้ที่มีความผูกพันและใกล้ชิดกับทารกมากที่สุด เริ่มตั้งแต่ตั้งครรภ์ จนกระทั่งภายหลังคลอดที่ทารกได้ลืมตามองดูโลกเป็นครั้งแรก อันเป็นระยะที่ความผูกพันระหว่าง มารดาและทารกได้พัฒนาถึงขั้นสูงสุดของการตั้งครรภ์ มารดาจะมีความตื่นตัวที่จะได้เห็นทารก เป็นครั้งแรก อันเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ ที่จะมีอิทธิพลต่อความรู้สึกเริ่มแรกของมารดาที่มีต่อทารก ภายหลังคลอด โดยเฉพาะช่วงเวลาประมาณ 30 - 45 นาทีหลังคลอดทันที จะเป็นช่วงเวลาที่มารดา มีความรู้สึกไวต่อทารก ซึ่งคลอด และเคนเนลล์ (Klaus & Kennell, 1982, pp. 72-82) ค้นพบว่า เป็นช่วงเวลาที่สำคัญในกระบวนการสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารก เปรียบเสมือนสายใย โยงให้มารดาและทารกเข้าหากัน การมีปฏิสัมพันธ์ สัมผัสกันระหว่างมารดาและทารกในระยะนี้ จะมีความสำคัญต่อการสร้างความผูกพันในระยะต่อไป และผลของความรู้สึกผูกพันอย่างใกล้ชิด ที่มีมาตั้งแต่แรกเริ่มนั้น จะทำให้เกิดผลดีต่อผู้ที่เป็นมารดาและทารก ดังนี้

5.1.1 ด้านมารดา พบว่ามารดาที่สามารถสร้างความผูกพันกับทารกได้ตั้งแต่ระยะ เริ่มตั้งครรภ์ จะทำให้มารดาสามารถกระทำการพัฒนาการในระยะตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม มีการยอมรับ การตั้งครรภ์ เกิดความมั่นใจว่าบุคคลสำคัญที่ใกล้ชิดกับตน คือ สามี และญาติยอมรับทารกในครรภ์ มีการพยายามแสวงหาหนทางที่จะมีความปลอดภัยต่อตนเองและทารกในครรภ์ ตลอดจนการยอมรับ บทบาทการเป็นมารดา (Rubin, 1975, pp. 143-153) ผลของการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในระยะหลังคลอด

มารดาจะมีการพัฒนาความผูกพันต่อกันมากขึ้น มารดาก็จะเลี้ยงดูทารกด้วยความรักเอาใจใส่ สังเกต และมีการเรียนรู้พฤติกรรมต่าง ๆ ของทารกและสามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้ ทำให้ มารดารู้สึกถึงความมีคุณค่าของตนเองและมั่นใจในความสามารถที่จะเลี้ยงดูทารกด้วยตนเองได้ (Perry, 1983, pp. 208-212)

5.1.2 ด้านทารก ความรัก ห่วงใย เอาใจใส่และปกป้องอันตรายที่เกิดจกมารดา มีความผูกพันต่อทารกในครรภ์ รวมไปถึงการปฏิสัมพันธ์ที่มารดามีต่อทารกและทารกก็มีปฏิกิริยาตอบสนองก็จะยังเป็นการกระตุ้นปฏิสัมพันธ์ต่อกันมากยิ่งขึ้น ทำให้ทารกได้มีการส่งเสริมพัฒนาการ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ นอกจากนี้การที่มารดาพยายามแสวงหาความปลอดภัยทั้งเพื่อตนเองและทารกนั้น มารดาจะเลิกการทำบางสิ่งบางอย่าง เช่น การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ แต่จะพยายามรับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ เพื่อให้สุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์แข็งแรง ทำให้ทารกคลอดออกมามีน้ำหนักตัว ในเกณฑ์มาตรฐาน มารดาที่ให้ความรัก ความอบอุ่นและเอาใจใส่อย่างเพียงพอสม่ำเสมอจะมีผล ต่อพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา รวมไปถึงความสามารถในการพัฒนาความ ไว้วางใจต่อมารดาและเริ่มที่จะมีความไว้วางใจในตนเองและผู้อื่นในสังคม แต่ถ้าหากมารดาขาด ความรัก ความอบอุ่น ทำให้ทารกไม่ได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสม ก็จะมีผลต่อการเจริญเติบโตใน ด้านต่าง ๆ เกิดความรู้สึกไม่ไว้วางใจในมารดาหรือสภาพแวดล้อมของตน ทารกจะแสดงพฤติกรรม ด้วยการร้องกวน ไม่ดูนม ไม่สบายบ่อย ๆ โดยไม่มีสาเหตุทางร่างกาย และจะมีผลทำให้เด็กเป็น คนหวาดระแวง ไม่ไว้วางใจผู้อื่นหรือเรียกร้องความสนใจจากผู้อื่นมากเกินไป กล่าวได้ว่า ความผูกพัน ระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับทารกในครรภ์เป็นรากฐานที่สำคัญยิ่งต่อการพัฒนาด้านต่าง ๆ ของเด็ก ในระยะต่อไปและเกิดเป็นพื้นฐานของบุคลิกภาพที่ดีในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม

5.2 ข้อบ่งชี้ถึงสัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

การที่จะวัดความรู้สึกและพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความผูกพันในหญิงตั้งครรภ์มีต่อทารก ของตนเองเป็นอย่างไรนั้น จะพิจารณาถึงองค์ประกอบย่อยดังนี้ (Cranley, 1981, pp. 281-284)

5.2.1 การมีปฏิสัมพันธ์กับทารกในครรภ์ (Interaction with the Fetus) หญิงตั้งครรภ์ ที่รู้สึกผูกพันกับทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด จะมีความรู้สึกว่าการตั้งครรภ์เป็นเหมือนเพื่อนสนิท และมีปฏิสัมพันธ์กับทารกในครรภ์ เช่น การพูดคุยกับทารกหรือสัมผัสดูหน้าท้องขณะที่ทารกดิ้น การเรียกชื่อเล่นทารกตามที่ตั้งให้ด้วยถ้อยคำที่แสดงความรัก เป็นต้น

5.2.2 การอุทิศตนเองเพื่อทารกในครรภ์ (Giving of Self) หญิงตั้งครรภ์ที่มีความผูกพัน กับทารกในครรภ์ จะยอมเสียสละความสุขส่วนตัวเพื่อทารกในครรภ์ เช่น พยายามรับประทานอาหาร ที่มีประโยชน์ ทั้งที่ปกติจะไม่ชอบรับประทานเพื่อเห็นแก่ทารกในครรภ์ ต้องการให้ทารกในครรภ์ มีการเจริญเติบโตและสมบูรณ์แข็งแรง แสวงหาสถานที่ฝากครรภ์และคลอดที่ปลอดภัย เป็นต้น

5.2.3 การยอมรับความเป็นบุคคลของทารกในครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์จะเกิดการเรียนรู้จากการดิ้นของทารกว่า ทารกเป็นบุคคลหนึ่งที่แตกต่างไปจากตน (Differentiation of Self from the Fetus) หญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกชื่นชมและเฝ้าสังเกตการดิ้นของทารกทางหน้าท้อง ตลอดจนมีการเตรียมตั้งชื่อสำหรับทารกไว้ล่วงหน้า

5.2.4 การสนใจคุณลักษณะและรูปร่างหน้าตาของทารก (Attributing Characteristics) หญิงตั้งครรภ์ที่รู้สึกผูกพันกับทารกในครรภ์ จะคิดฝันเกี่ยวกับบุคลิกลักษณะหน้าตาของทารก หรือตั้งความหวังว่าอยากให้ทารกมีหน้าตาและบุคลิกลักษณะตามที่ตนชื่นชอบ เช่น เหมือนบิดา เหมือนมารดา หรือดีกว่าบิดามารดา เป็นต้น

5.2.5 การแสดงบทบาทการเป็นมารดา (Role Taking) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกผูกพันกับทารกในครรภ์ จะเริ่มคิดฝันเกี่ยวกับวิธีการเลี้ยงดูทารก เช่น การให้นม การขับกล่อมทารก และการวางแผนในอนาคตว่าจะเลี้ยงดูทารกให้ได้อย่างไร เป็นต้น

อย่างไรก็ตามจากการศึกษารูปแบบของสัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ พบว่ายังไม่มีรูปแบบที่เป็นสากลแต่อย่างใด ทั้งนี้จะขึ้นกับขนบธรรมเนียมวัฒนธรรม ความเชื่อ เชื้อชาติของแต่ละบุคคล จึงแตกต่างกันตามปัจเจกบุคคล และจากการศึกษายังพบอีกว่ามี 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างสูงต่อสัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ คือ การดิ้นของทารกในครรภ์ อายุครรภ์ และภาวะเสี่ยงสูงของการตั้งครรภ์

คลอส และเคนเนลล์ (Klaus & Kennell, 1982, pp. 72-82) กล่าวว่าพัฒนาการของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับทารกในครรภ์ เป็นกระบวนการที่เริ่มขึ้นตั้งแต่คู่สามีภรรยา มีการวางแผนการตั้งครรภ์หรือการมีบุตร หญิงตั้งครรภ์บางคนจะเริ่มมีความคิดฝัน และคาดหวังต่อทารกที่จะเกิดมาที่อาจเป็นความเพ้อฝันจินตนาการในเวลากลางวันหรือความฝันในเวลากลางคืน โดยหญิงตั้งครรภ์บางคนอาจฝันถึงทารกที่น่ารัก ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากโฆษณาหรือสิ่งของตนเองที่ต้องการ ซึ่งนับว่าเป็นเหตุการณ์บ่งชี้ประการแรกที่แสดงว่าการสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์ เริ่มเกิดขึ้นแล้ว แต่ในไตรมาสที่หนึ่งของการตั้งครรภ์นี้ หญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกว่าการตั้งครรภ์ไม่ใช่ความจริง และไม่มีความมั่นใจว่าตนเองตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกถึงเลิใจระหว่างความต้องการมีบุตรหรือไม่ต้องการมีบุตร เนื่องจากมีความรู้สึกรักตนเอง (Narcistic Love) ให้ความสำคัญกับความต้องการของตนเองเป็นส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมยึดถือตนเองเป็นจุดศูนย์กลาง และคิดว่าทารกไม่มีตัวตนจริงจนกว่าจะได้รับการยืนยัน โดยการตรวจจากแพทย์ให้เป็นที่แน่นอน สัมพันธภาพกับทารกในครรภ์ยังเป็นสิ่งที่คลุมเครือไม่ชัดเจน และมีการสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์น้อย

6. การเปลี่ยนแปลงทางด้านภาพลักษณ์

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2525, หน้า 5) ได้ให้ความหมายของภาพลักษณ์ว่า หมายถึง

ความรู้สึกและเจตคติที่บุคคลมีต่อรูปร่างลักษณะของตนเอง ส่วนใหญ่จะเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นหรือเป็นภาพพจน์ที่บุคคลนึกคิดขึ้นจากการมองดูรูปร่างลักษณะของตนเองจากประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามา และเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตน จะทำให้ความรู้สึกหรือเจตคติของบุคคลเปลี่ยนไปด้วย

เมื่อมีการตั้งครรภ์ จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และโครงสร้างของร่างกายจากผู้หญิงที่เคยมีรูปร่างดีกลายเป็นผู้หญิงอ้วน หน้าท้องบางส่วนโด่งขึ้น อวัยวะบางส่วนในร่างกายก็เปลี่ยนไปจากเดิม สิ่งเหล่านี้อาจทำลายภาพลักษณ์ของหญิงตั้งครรภ์ได้ นอกจากนั้นขนธรรมชาติบนประเพณีของสังคม ความรู้สึกของครอบครัวและผู้ใกล้ชิดที่มีต่อหญิงตั้งครรภ์ กล่าวคือ ในบางสังคมมีประเพณีที่ห้ามหญิงตั้งครรภ์ปรากฏตัวในที่สาธารณะ อิทธิพลจากหนังสือ วารสารต่าง ๆ ก็มีส่วนทำให้เห็นภาพลักษณ์ของหญิงตั้งครรภ์เป็นเรื่องไม่สวยงาม ไม่น่าดู จะทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกอับอายรูปร่างของตนเอง เกิดความรู้สึกในทางลบต่อภาพลักษณ์ของตน สำหรับผู้ที่ตั้งครรภ์โดยครอบครัวและสังคมไม่ยอมรับ อาจหลบซ่อนตัวอยู่ในบ้านตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ หรือบางรายอาจปฏิเสธการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของตน แสดงออกโดยการแต่งกายที่ไม่เหมาะสมกับรูปร่าง เช่น การสวมเสื้อผ้าที่เคยใช้ช่วงที่ยังไม่ตั้งครรภ์ แม้รูปร่างจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากก็ตาม เพื่อให้รู้สึกว่าคุณยังรูปร่างเหมือนเดิม ในทางตรงกันข้ามบางรายพยายามซ่อนรูปร่างโดยการแต่งกายด้วยชุดที่หลวมเกินไป สิ่งเหล่านี้อาจนำไปสู่ความกดดันทางจิตใจของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น สำหรับความรู้สึกของครอบครัวและผู้ใกล้ชิดเมื่อครรภ์เจริญเติบโตหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถทำอะไรด้วยตนเองหลาย ๆ เรื่อง จึงต้องการความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง ซึ่งถ้าบุคคลเหล่านั้นเห็นว่ารูปร่างที่เปลี่ยนแปลงไปเหมาะสมกับสภาวะการตั้งครรภ์ไม่ใช่สิ่งที่น่าเกลียด ก็จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการตั้งครรภ์และมองภาพพจน์ในบทบาทใหม่คือบทบาทการเป็นมารดาของตนเองได้อย่างชัดเจน สนใจที่จะปฏิบัติตัวในระหว่างตั้งครรภ์มากขึ้น นึกถึงทำที่ความรักความอบอุ่นที่มารดาเคยให้กับตน และนำบทบาทนี้มาเป็นของตน ก็จะทำให้มีการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในทางที่ดี (วันเพ็ญ กุลนริศ, 2530, หน้า 90-91)

แต่จะเห็นได้ว่า ระยะไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายยังปรากฏไม่ชัดเจน หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จึงไม่มีความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ของหญิงตั้งครรภ์ในระยะนี้จึงเกิดขึ้นไม่มาก

7. การเปลี่ยนแปลงทางด้านเพศสัมพันธ์

การตั้งครรภ์อาจจะทำให้มีความต้องการและการตอบสนองทางเพศเปลี่ยนแปลง เช่น บางรายไม่ต้องกังวลอีกแล้วว่าจะมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นหรือไม่ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานจึงทำให้มีเพศสัมพันธ์ที่ดีขึ้น แต่ก็อาจมีหญิงตั้งครรภ์บางรายรู้สึกว่าการตั้งครรภ์

จะทำให้ความต้องการทางเพศลดลง หรือบางรายก็วิตกกังวลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์ เช่น กลัวว่าอาจทำให้แท้ง คิดเชื่อหรือคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ความวิตกกังวลต่อสิ่งเหล่านี้ อาจปรากฏเป็นกลไกการป้องกันตัว เช่น อ้างว่าจะเป็นอันตรายต่อทารกหรือวิตกว่าไม่สามารถ คึงคูใจสามีได้คัพพอ จึงทำให้ความต้องการหรือการตอบสนองทางเพศลดลง การศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวทางด้านการมีเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์ พบว่า ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์จะมีความ ต้องการลดลงจากเดิม มีเพศสัมพันธ์น้อยลง และมีความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ซึ่งจะค่อย เปลี่ยนเป็นดีขึ้นบ้างเมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สองและช่วงคั้นของไตรมาสที่สามตามลำดับแต่จะไม่เหมือนกับก่อนตั้งครรภ์ (Clark, 1979, pp. 255-275) ทั้งนี้ เนื่องจากความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ความรู้สึกปวดคึงที่เชิงกราน และเจ็บที่เอนต่าง ๆ เมื่อมีการร่วมเพศ นอกจากนี้ ความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่ถูกฝังความรู้สึกเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในระหว่างตั้งครรภ์ เช่น เชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์จะเกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ ซึ่งอาจมีผลกระทบ ต่อความรู้สึกของสามีและภรรยาในระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะภรรยาที่ต้องการได้รับความรัก การทะนุถนอมจากสามีมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงภาวะจิตสังคมตามพัฒนาการของหญิงตั้งครรภ์

ตามปกติ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิจนถึงสิ้นสุดการตั้งครรภ์ แบ่งออกเป็น 3 ไตรมาส แต่ละไตรมาสใช้เวลาประมาณ 3 เดือน โดยแต่ละไตรมาสจะมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะจิตสังคม ที่มีลักษณะต่อเนื่องกันตามพัฒนาการการตั้งครรภ์ (Gorrie, McKinney, & Murray, 1994, p. 160) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ คลาร์ก (Clark, 1979, pp. 255-275) ที่ได้จำแนกการเปลี่ยนแปลง ภาวะจิตสังคมตามพัฒนาการในระยะตั้งครรภ์ สู่การเป็นมารดา 4 ขั้น ได้แก่ การสร้างความมั่นใจ และยอมรับการตั้งครรภ์ การรับรู้การมีตัวตนของทารกและรับรู้ว่าการทารกในครรภ์เป็นส่วนหนึ่งของตน การยอมรับว่าทารกแตกต่างไปจากตน และการเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดา ดังนี้

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงภาวะจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์

ขั้นที่ 1 การสร้างความมั่นใจและยอมรับการตั้งครรภ์ (Pregnant Validation)

การยอมรับการตั้งครรภ์ เป็นการเปลี่ยนแปลงภาวะจิตสังคมที่เกิดขึ้นในไตรมาสแรก ของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะเกิดความรู้สึกครั้งแรกขึ้น คือ ความประหลาดใจเมื่อไม่ต้องการ ทารกในครรภ์ พร้อมกันนั้นก็จะมีความรู้สึกลังเลใจระหว่างความต้องการหรือไม่ต้องการทารก ในครรภ์ สงสัยต่อการทำหน้าที่ทั้งการเป็นผู้หญิงและหน้าที่การเป็นมารดา มีความรู้สึกขัดแย้ง อยู่ภายในจิตใจ ต่อมาเมื่อมีอาการที่ทำให้รู้สึกไม่สบาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ รับประทาน อาหารไม่ได้ อ่อนเพลีย และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เท่าที่ควร นอกจากนั้น ระยะนี้ หญิงตั้งครรภ์ยังเริ่มมีจินตนาการแปลก ๆ เกี่ยวกับสิ่งที่ยังไม่รู้ไม่เห็นและไม่แน่ใจในสิ่งที่เกิดขึ้น

ภายในร่างกายของตน มีการประเมินอาการแสดงออกของการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำเล่าว่าเป็นจริงหรือไม่ เช่น อาการแสดงของการขาดประจำเดือน การคัดตึงของเต้านม ลำดับต่อมาเป็นการไปตรวจสอบการตั้งครรภ์ในสถานที่รับฝากครรภ์หรือคลินิก เพื่อยืนยันให้เกิดความมั่นใจแก่ตนเองยิ่งขึ้น จากนั้นจึงตัดสินใจที่จะบอกเรื่องการตั้งครรภ์ให้ผู้อื่นได้ร่วมรับรู้ มีเพศสัมพันธ์ลดลง และติดตามทบทวนถึงประสบการณ์ในอดีตที่ไม่น่าพึงพอใจเกี่ยวกับการคลอดบุตร ทั้งของตนเองและเท่าที่รับฟังมาจากคนอื่นด้วยความกลัวและกังวลใจ

ถ้าหญิงตั้งครรภ์สามารถยอมรับการตั้งครรภ์ได้จะเกิดความรู้สึกตื่นเต้น ยินดี มีความสุข มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย สามารถยอมรับอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์จะมีการแสวงหาตัวแทนเพื่อเลียนแบบบทบาทการเป็นมารดา และหญิงตั้งครรภ์จะมีความสัมพันธ์กับมารดาของตนเองไปในทางที่ดีกันมากขึ้น ส่วนรายที่มีความขัดแย้งกับมารดาของตนเองมาก่อน ก็จะเริ่มมีการสร้างสัมพันธ์กับมารดาของตนอีกครั้ง หญิงตั้งครรภ์ต้องการการประคับประคองช่วยเหลือและต้องการความเข้าใจจากสามี ส่วนการมีเพศสัมพันธ์อาจลดลงหรือเพิ่มขึ้น การสร้างสัมพันธ์ภาพและความผูกพันกับทารกในครรภ์ยังไม่ชัดเจน กรณีที่หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถยอมรับการตั้งครรภ์ได้ ก็จะเกิดความรู้สึกขัดแย้ง วิตกกังวลและเครียด เป็นผลให้มีความไม่สบาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียนมากกว่าปกติ เกิดความรู้สึกต่อตนเองและทารกในครรภ์ไปในทางด้านลบ มารับบริการฝากครรภ์ช้า เอาใจใส่ตนเองน้อย บางรายอาจเลือกการทำแท้ง เพื่อสิ้นสุดการตั้งครรภ์

ขั้นที่ 2 การรับรู้การมีตัวตนของทารกและรับรู้ว่าการทารกในครรภ์เป็นส่วนหนึ่งของตน

(Fetal Embodiment)

การรับรู้การมีตัวตนของทารกและรับรู้ว่าการทารกในครรภ์เป็นส่วนหนึ่งของตน เกิดขึ้นระหว่างไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ ซึ่งมดลูกมีการเจริญเติบโตและขยายใหญ่ขึ้น ทารกในครรภ์เริ่มดิ้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถแยกได้ว่าทารกในครรภ์เป็นบุคคลที่อิสระแยกจากตนเอง หญิงตั้งครรภ์จะสังเกตและสนใจตนเองมากขึ้น ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นการมองภาพลักษณะของตนในแง่ของการเป็นหญิงตั้งครรภ์ รู้สึกยอมรับการตั้งครรภ์มากขึ้น ทำให้ความวิตกกังวลเริ่มลดลง โดยความกังวลจะเน้นไปที่ทารกมากกว่าตนเอง มีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพทารกในครรภ์ เช่น ระวังเรื่องอาหาร การทำงาน นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์มีความผูกพันหรือสัมพันธ์ภาพครั้งแรกกับทารกในครรภ์ ที่เริ่มมาจากความรู้สึกรักตนเองแล้วค่อย ๆ แยกความรู้สึกรักตนเองไปยังทารกในครรภ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายตนเองได้สำเร็จ มีการงดกิจกรรมบางอย่างที่คิดว่าอาจเป็นอันตรายต่อการตั้งครรภ์หรืออาจทำให้เกิดการแท้ง เช่น อาจมีเพศสัมพันธ์ลดลง หรืองดการเดินทางที่สมบุกสมบัน เป็นต้น นอกจากนี้เริ่มมีการทบทวนข้อขัดแย้งระหว่างตนเองกับมารดาและความสามารถในการเลี้ยงดูทารกภายหลังคลอดของตน เริ่มให้ความสนใจพูดคุยกับหญิงที่กำลังตั้งครรภ์หรือครอบครัวที่กำลังมีเด็กอ่อนเริ่มซื้อเสื้อผ้าสำหรับหญิงตั้งครรภ์และมีความรู้สึกพึงพาสามีมากขึ้น

ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีความพร้อมและยอมรับการตั้งครรภ์ได้ ช่วงนี้จะเป็นช่วงเวลาที่ยิ่งตั้งครรภ์จะมีความสุข มีความพึงพอใจต่อการตั้งครรภ์ และการเพิ่มน้ำหนัก มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง อารมณ์คงที่ ความรู้สึกถึงเลใจจะหายไปหรืออาจมีเพียงเล็กน้อย มีการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาได้ดียิ่งขึ้น จะมีการฝึกปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดา และนำมาเปรียบเทียบกับบทบาทตามความคิดของตนเอง นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ที่ดีกับสามีและมารดาของตนเอง ร่างกายจะตอบสนองทางเพศดีกว่าไตรมาสที่หนึ่งหรือความรู้สึกทางเพศดีขึ้น ถ้าหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถยอมรับการตั้งครรภ์ตั้งแต่แรก ก็จะเกิดความรู้สึกต่อตนเองและการตั้งครรภ์ในทางลบมากขึ้น โดยเฉพาะถ้าครรภ์ขยายใหญ่ขึ้นเท่าใด หญิงตั้งครรภ์ก็จะเริ่มรู้สึกอึดอัดและเคลื่อนไหวลำบาก บางรายรู้สึกตนเองอ่อนแอลง หมกมุ่นอยู่กับตนเอง มีการจำกัดกิจกรรมทางสังคม รู้สึกหงุดหงิด รำคาญเมื่อทารกดิ้น จึงสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์ได้ยาก และไม่มีการเตรียมความพร้อมต่อการเป็นมารดา

ขั้นที่ 3 การยอมรับว่าทารกเป็นอีกบุคคลหนึ่งที่มีบุคลิกภาพแตกต่างไปจากตน (Fetal

Distinction)

การยอมรับว่าทารกเป็นอีกบุคคลหนึ่งที่มีบุคลิกภาพแตกต่างไปจากตน เป็นการเปลี่ยนแปลงภาวะจิตสังคมที่เกิดขึ้นในช่วงไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์เช่นเดียวกัน หญิงตั้งครรภ์จะสามารถแยกความรู้สึกที่ผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับทารก ยอมรับความเป็นบุคคลที่แตกต่างไปจากตน เมื่อเริ่มรู้สึกว่าทารกมีการเคลื่อนไหวหรือมีการดิ้นเกิดขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กับทารกในครรภ์จากการสัมผัสทางหน้าท้อง ครุ่นคิดพิจารณาว่าทารกจะมีบุคลิกภาพคล้ายคลึงกับผู้ใด มีจินตนาการถึงทารกในครรภ์ที่ชัดเจนขึ้น เช่น คิดฝันถึงรูปร่าง หน้าตาหรือสีผม เป็นต้น มีปฏิสัมพันธ์กับทารกในครรภ์โดยการเรียกชื่อ พูดคุย หรือลูบหน้าท้อง เริ่มซื้อเสื้อผ้าของทารกแรกเกิด มีการชักนำให้สามีสนใจทารกในครรภ์ ชีชวนให้สามีเฝ้าดูหรือสัมผัสเมื่อมีการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์จากทางหน้าท้องที่โก่งนูนขึ้นมา อาจจะชักชวนสามีเข้าชั้นเรียนที่จัดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ ช่วยกันตั้งชื่อให้ทารก ทำให้สามีเริ่มสนใจบทบาทของการเป็นบิดา และภารกิจต่าง ๆ ที่บิดาควรกระทำ นอกจากนี้ ยังมีความสนใจที่จะชักจูงให้ผู้อื่นได้แสดงออกต่อทารกในครรภ์ของตน และเริ่มมีความคิดฝันเกี่ยวกับทารกในครรภ์ในลักษณะที่เป็นทารกน้อย ๆ ยอมรับภาพลักษณ์ของการเป็นมารดาว่าการตั้งครรภ์มิใช่เป็นสิ่งที่น่าเกลียด หากแต่แสดงภาพลักษณ์ที่มีความหมายต่อการให้กำเนิดชีวิต เริ่มมีแนวความคิดว่าตนเองควรเป็นมารดาเช่นไร นอกจากนี้ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องการแท้งทารกในครรภ์จะลดน้อยลงและรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น มีการทบทวนสัมพันธภาพในอดีตและในปัจจุบันที่มีต่อมารดาของตน

ขั้นที่ 4 การเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดา (Role Transition)

การเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดา เป็นการเปลี่ยนแปลงภาวะจิตสังคมที่เกิดขึ้นในระหว่างไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ร่างกายเปลี่ยนแปลงขนาด เคลื่อนไหวลำบากมากขึ้น มีอารมณ์แปรปรวน เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย หงุดหงิดกับตนเองเพิ่มขึ้น ต้องการสิ้นสุดการตั้งครรภ์โดยเร็ว แต่ก็ไม่แน่ใจว่าตนเองมีความพร้อมต่อการคลอดและการเป็นมารดาหรือไม่ มีความกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด ตลอดจนความปลอดภัย ทั้งของตนเอง และทารกเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ดังนั้น จึงพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเกรงว่าจะสูญเสียการควบคุมตัวเอง มีความรู้สึกพึ่งพาคนอื่น คิดว่ามีความเสี่ยงอยู่ข้างหน้า มีทั้งรู้สึกสมหวัง และรู้สึกหวั่นเกรงว่าจะสูญเสียเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน บางรายอาจรู้สึกเสียสละที่จะต้องหมดโอกาสเป็นหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งถือว่าเป็นโอกาสพิเศษที่ได้รับยกเว้นจากสังคม ส่วนด้านภาพลักษณ์ของหญิงตั้งครรภ์ในระยะนี้จะไม่ค่อยต่อเนื่อง รู้สึกอึดอัดเนื่องจากตั้งครรภ์แก่และเริ่มมีประสบการณ์เกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะบ่อย การนอนไม่หลับ การหายใจไม่ค่อยสะดวก นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์จะฟื้นถึงบทบาทการเป็นมารดาที่กำลังดูแลเด็กก่อน มีการวางแผนจัดเตรียมสิ่งของในบ้าน รวมทั้งมีการเตรียมลูกคนก่อน ๆ และสมาชิกอื่น ๆ ในบ้านให้พร้อมที่จะต้อนรับทารกที่จะเกิดใหม่

หญิงตั้งครรภ์ที่สามารถยอมรับและปรับตัวต่อการตั้งครรภ์ได้ จะรู้สึกดีต่อภาพลักษณ์ของตนเอง มีการแสวงหาความรู้จากแหล่งต่าง ๆ และเตรียมสิ่งของเครื่องใช้ไว้สำหรับตนเองและทารกที่จะเกิดมา ตลอดจนเตรียมตั้งชื่อทารก ระยะนี้หญิงตั้งครรภ์จะต้องการพึ่งพามีมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับมารดาของตนเองมากขึ้น ถ้าหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถยอมรับ และปรับตัวต่อการตั้งครรภ์ได้หญิงตั้งครรภ์จะเกิดความเครียดและความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้น และเบียดเบียนการตั้งครรภ์

ปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองภาวะวิกฤตในการตั้งครรภ์

ถึงแม้ว่าการตั้งครรภ์เป็น “สิ่งปกติ” ของชีวิต แต่จะก่อให้เกิดภาวะวิกฤตสำหรับคู่สามีภรรยาที่จะต้องมีการปรับตัว โดยเฉพาะการมีบุตรเป็นครั้งแรก ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดจากกระบวนการเจริญเติบโต และพัฒนาการของชีวิตที่ผ่านระยะต่าง ๆ ของการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจและสังคม ร่วมกับเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน เช่น การตกเลือดในระยะตั้งครรภ์ หรือการต้องผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้องฉุกเฉิน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ถือเป็นภาวะวิกฤตทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์หรือภาวะเครียดภายนอกอื่นเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีปฏิกิริยาตอบสนองแตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับสิ่งต่อไปนี้ คือ (Sherwen et al., 1995)

1. ธรรมชาติ หรือลักษณะของตัวที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น เป็นการตั้งครรภ์ หรือ

การคลอดที่วางแผนไว้ตามต้องการ หรือเป็นการตั้งครรภ์ชนิดครรภ์เสี่ยงสูงที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน และรู้สึกกลัวต่อภาวะที่กำลังดำเนินอยู่

2. จำนวนของเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตในเวลาเดียวกัน เช่น การมีบุตรคนแรก ขณะที่บิดาหรือมารดาตกงาน หรือมีการสูญเสียชีวิตของสมาชิกคนสำคัญในครอบครัว

3. คุณค่า หรือความหมายของเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤต โดยเห็นว่าภาวะวิกฤตนั้น เป็นโอกาสที่จะทำให้มีการเจริญเติบโต เป็นสิ่งที่ท้าทายหรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงปรารถนาต่อตนเองหรือต่อครอบครัว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับมโนทัศน์แห่งตน ค่านิยม และความคาดหวังในชีวิตของแต่ละบุคคลที่ไม่เหมือนกัน ดังนั้นการรับรู้ต่อเหตุการณ์ อันตรายหรือภาวะวิกฤตจึงไม่เท่ากัน

4. การค้าจุนภายในครอบครัว เช่น ความผูกพัน การมีความยึดหยุ่น หรือความเข้มงวด ภายในครอบครัว รวมทั้งบุคลิกภาพของสมาชิกแต่ละบุคคลที่มีบุคลิกภาพเป็นคนเข้มแข็ง หรือเป็นคนอ่อนแอ

5. การมีแหล่งให้ความช่วยเหลือที่บุคคลจะสามารถขอความช่วยเหลือได้ ซึ่งในยามคับขันนี้ บุคคลต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนสนิท หรือกลุ่มบุคคลในชุมชนและแหล่งบริการที่เป็นวิชาชีพต่าง ๆ ซึ่งแหล่งดังกล่าวนี้ ถ้ามีพร้อมแล้วถือว่าเป็นสิ่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญ

6. วิธีการเผชิญปัญหาความสามารถในการปรับตัว และประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคล การใช้วิธีการปรับตัวโดยพิจารณาปัญหาและประสบการณ์เดิมจากการเจริญตามวุฒิภาวะร่วมด้วย จะทำให้สามารถแก้ปัญหาได้ แต่ถ้าประสบการณ์เดิมที่เคยใช้นั้นล้มเหลวและบุคคลได้เผชิญกับปัญหาที่คล้ายกัน จะทำให้บุคคลขาดความมั่นใจในการใช้วิธีการแก้ปัญหาเช่นเดิม หรือบางครั้งปัญหาที่เกิดขึ้นรุนแรงและซับซ้อนมาก ไม่เคยเกิดมาก่อน ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ เป็นต้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านภาวะจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์จะปรับตัวด้านภาวะจิตสังคมได้ดีเพียงใดนั้น มีปัจจัยที่มีอิทธิพลมาเกี่ยวข้อง ได้แก่ วุฒิภาวะทางอารมณ์ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม (จันทร์รัตน์ เจริญสันติ, 2533)

1. **วุฒิภาวะทางอารมณ์** หญิงตั้งครรภ์ที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์จะอาศัยสติปัญญาการเรียนรู้ และอาศัยประสบการณ์ในอดีต ในการรับรู้ว่าการตั้งครรภ์เป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิต จึงปรับตัวต่อเหตุการณ์และต่อสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม เตรียมตัวรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและสามารถที่จะทนต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์

สิ่งที่มีความสัมพันธ์กับวุฒิภาวะทางอารมณ์โดยตรง คือ อายุ ช่วงอายุที่เหมาะสมสำหรับการตั้งครรภ์ คือ อายุระหว่าง 20 - 30 ปี เนื่องจากมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ส่วนมากไม่มีความพร้อมในการรับบทบาทการเป็นมารดา ส่วนผู้ที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปอาจวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ และความสามารถในการทำหน้าที่เป็นมารดาต่อไปในอนาคต (Mercer, 1981, pp. 74-75)

2. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว นอกจากจะมีผลกระทบต่อการจัดตั้งครรภ์และการคลอดในแง่อัตราตายของทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด รวมทั้งก่อให้เกิดทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยแล้ว ยังเพิ่มความเครียดทางด้านจิตใจและอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ด้วย เพราะการจัดตั้งครรภ์เป็นการเพิ่มภาระทางเศรษฐกิจที่จะต้องใช้จ่ายมากขึ้นเพื่อจัดเตรียมสำหรับทารกที่จะเกิดมาใหม่และมีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงอาชีพการทำงานการศึกษา ในบางรายจะต้องเลิกการทำงานนอกบ้านทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง โดยทั่วไปแล้วหญิงตั้งครรภ์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี การจัดตั้งครรภ์จะมีผลกระทบต่ออารมณ์ในด้านดีต่อทารก แต่หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอกับรายจ่าย หรือค่าจ้างที่ได้รับไม่คุ้มค่า มีปัญหาต้องอยู่คนเดียว ถูกสามีทอดทิ้ง ไม่สามารถที่จะหารายได้มาเลี้ยงตัวเองได้เพียงพอ ก็จะมี ความกังวลต่อค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับตนเองและทารกในครรภ์ ทำให้เกิดความเครียดและเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าตนเองต้องการมีทารกหรือไม่ การรับรู้ต่อบทบาทการเป็นมารดาจึงเป็นไปได้ยาก

ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำ จะขาดอำนาจและทักษะการต่อรองต่าง ๆ ทางสังคม ต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อความอยู่รอด จนต้องมองข้ามความสำคัญของการดูแลสุขภาพ ถ้ามีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น มักมาฝากครรภ์ช้า อนาคตของการเลี้ยงดูทารกเป็นสิ่งที่ไม่มีความแน่นอน การมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำหรือมีฐานะที่ยากจน บุคคลที่อยู่ในชนชั้นนี้จึงเชื่อถือในโชคชะตา ทุกสิ่งทุกอย่างเป็นเพราะพรหมลิขิตกำหนด รู้สึกหมดทางขอความช่วยเหลือ รู้สึกต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น รู้สึกเป็นปมค้อย คิดถึงแต่ปัจจุบัน ไม่สามารถวางแผนเกี่ยวกับอนาคตได้

การสนับสนุนทางสังคมหรือการมีส่วนร่วมสนับสนุนจากเพื่อน ๆ ญาติ พี่น้อง บุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมทั้งเพื่อนบ้าน ตลอดจนความคาดหวังของครอบครัวและสังคม จะมีส่วนส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์และสามีเกิดความรู้สึกมั่นใจต่อบทบาทที่แสดง และมีความพึงพอใจต่อการตั้งครรภ์ และการปรับตัวในขณะตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังพบว่าลักษณะครอบครัวเดี่ยว ที่ประกอบด้วยบิดามารดาและบุตร จะมีเป็นตัวของตัวเองและมีอิสรภาพมากกว่าครอบครัวขยาย ซึ่งประกอบด้วยบิดามารดา บุตร รวมทั้ง ปู่ ย่า ตา ยาย หรือญาติพี่น้อง แต่อย่างไรก็ตาม ครอบครัวเดี่ยว ขาดระบบพึ่งพาในการให้ความช่วยเหลือ และบางครั้งมีความรู้สึกเหมือนถูกแยกจากสังคม ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ของครอบครัวเดี่ยว จึงมีโอกาสเกิดภาวะเครียดเนื่องจากขาดแหล่งช่วยเหลือเกื้อกูล และมีพัฒนาการของการเตรียมเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาได้น้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ในครอบครัวขยาย

3. ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อภาวะสุขภาพมาก เนื่องจากเป็นตัวกำหนดค่านิยมและความเชื่อที่มีพื้นฐานมาจากศาสนาและประเพณีปฏิบัติ และวัฒนธรรมจะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการตอบสนองหรือมีพฤติกรรมต่อการตั้งครรภ์แตกต่างกัน เช่น บางวัฒนธรรมเห็นว่าการให้กำเนิดบุตรเป็นการทำหน้าที่อันสูงสุดของความเป็นผู้หญิง (Feminine Identity) การตั้งครรภ์และการคลอดจึงมีคุณค่าและปฏิบัติต่อหญิงตั้งครรภ์จะพิเศษไปจากปกติ เช่น เอาใจใส่ดูแลเป็นอย่างดี ขณะเดียวกันในปัจจุบันมีการรณรงค์เรื่องการวางแผนครอบครัวเพื่อควบคุมประชากรของโลก ในบางประเทศที่มีผู้ที่มีบุตรอยู่แล้ว 1-2 คน จึงอาจรู้สึกผิดเมื่อมีการตั้งครรภ์ใหม่ เกิดขึ้น หรืออาจรู้สึกขัดแย้งระหว่างค่านิยมและความเชื่อทางวัฒนธรรมที่ว่าการให้กำเนิดและการเลี้ยงดูบุตรเป็นส่วนหนึ่งของการทำหน้าที่ที่แสดงความเป็นผู้หญิงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม แนวโน้มเกี่ยวกับวัฒนธรรมในเรื่องนี้ได้เปลี่ยนแปลงไป โดยสตรีมีความรู้สึกหรือคิดเห็นว่าการตั้งครรภ์และการคลอดไม่ได้เป็นสิ่งสำคัญที่สุดของชีวิตที่สมบูรณ์ดังแต่ก่อน ซึ่งจะแตกต่างกันไปในสตรีแต่ละคน นอกเหนือจากค่านิยมทางวัฒนธรรมของสังคมและยังรวมไปถึงความคาดหวังของครอบครัว เช่น สามี ปู่ ย่า ตา ยาย และเพื่อนฝูงที่ว่เมื่อแต่งงานแล้วการมีบุตรจะทำให้ครอบครัวสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจขัดแย้งกับความปรารถนาที่แท้จริงของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่อยากตั้งครรภ์ เนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอดอาจส่งผลกระทบต่อเป้าหมายชีวิตของตนเอง แต่ก็ไม่กล้าที่จะพูดความจริงนี้ออกมาเพราะเกรงว่าจะถูกตำหนิได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

วันเพ็ญ กุลนริศ (2530) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ภาพลักษณ์สัมพันธภาพของคู่สมรสกับการปรับตัวต่อการเป็นมารดาของหญิงวัยรุ่นครั้งแรก อายุไม่เกิน 18 ปี พบว่า ความรักจากพ่อแม่ เพื่อน และสังคม ช่วยให้อายุรุ่นมีการปรับตัวที่ดีได้ ดังนั้น เด็กหญิงวัยเยาว์ที่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้อาสาแผนการมีบุตร ไม่พร้อมที่จะมีบุตร แต่เมื่อการตั้งครรภ์ได้รับการยอมรับจากฝ่ายชายและครอบครัว ประกอบกับพัฒนาการของทารกในครรภ์ เมื่อเด็กหญิงรับรู้สัญญาณลูกคืบ จึงเกิดความผูกพันกับทารก มีความรัก ต้องการบุตรได้ ความพร้อมนี้ส่งผลให้เด็กหญิงมีการปรับบทบาทมารดาได้ดี

สาธิตา หัสดีเสวี (2537) ศึกษากระบวนการและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่: กรณีศึกษาในมารดาวัยรุ่นอายุ 17-19 ปี พบว่า การขาดความรู้เรื่องเพศศึกษาและการวางแผนครอบครัวเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกรายเป็นมารดาโดยไม่สมัครใจ ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งระหว่างบทบาทแม่กับความต้องการของวัยรุ่นและอิทธิพลของแม่

ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการยุติการให้นมแม่ที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม จึงจะช่วย
ให้มารดาวัยรุ่นปรับตัวตามบทบาทได้

รภิพร ประกอบทรัพย์ (2541, หน้า 80) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากสามี มารดา
และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่า
การสนับสนุนทางสังคมจากสามีสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
ได้ร้อยละ 19.67

รักษาย บุษงาชาติ และสุธรรม ปิ่นเจริญ (2541, หน้า 6) ศึกษาอุบัติการณ์การคลอดทารก
แรกเกิดน้ำหนักน้อย ในมารดาวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี กับมารดาวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20-29 ปี ที่มาคลอด
ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปี พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2537 พบว่า อุบัติการณ์การคลอดทารกแรกเกิด
น้ำหนักน้อยในมารดาวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี สูงกว่ามารดาวัยเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อ
ควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย พบว่า อุบัติการณ์ดังกล่าวไม่แตกต่างกัน
แต่ที่แตกต่างกัน ได้แก่ การฝากครรภ์ตามเกณฑ์ที่มารดาวัยรุ่นอายุ 13-19 ปี มาฝากครรภ์ น้อยกว่า
มารดาวัยเจริญพันธุ์ 3 เท่า

พันธุ์ ชันติกาโร (2542) ได้ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์มุสลิมที่
ไม่ฝากครรภ์ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ฝากครรภ์ ได้แก่ การให้ความหมายของการฝากครรภ์ว่า
เป็นประเพณีปฏิบัติที่สืบทอดกันมาของคนในชุมชนนั้น การที่ไม่ฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
เนื่องจากไม่เคยรับรู้ข้อมูลหรือได้รับรู้ข้อมูลทางลบเกี่ยวกับการฝากครรภ์และการคลอดกับเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข รวมทั้งผิดหลักศาสนาหากผู้ให้บริการตรวจครรภ์เป็นผู้ชาย เนื่องจาก ถ้ามีผู้ชายที่ไม่ใช่
สามีหรือบุคคลที่ศาสนาขงเว้น ได้เห็นผิวหนังส่วนที่ควรปกปิด

เขวลักษณ์ เสรีเสถียร (2543) ศึกษาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของการเป็นมารดา
ในระยะตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นอายุไม่เกิน 19 ปี และอิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการมีบุตร ประสบการณ์
การเลี้ยงดูเด็ก และอายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกและสามารถร่วมกับอธิบายการปรับตัว
ด้านบทบาทหน้าที่ การเป็นมารดาได้ร้อยละ 51.67 ผลจากงานวิจัยนี้สะท้อนว่าเด็กหญิงวัยเยาว์
ที่ตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อปัญหาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่การเป็นมารดา เนื่องจาก อายุน้อย
ไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก ไม่มีความพร้อมในการมีบุตร ดังนั้น จึงต้องให้ความสำคัญกับ
การให้แรงสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งสนับสนุนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสด้วย

ณัฐพร สายพันธุ์ (2546) ได้ศึกษาพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมี
เพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในสถานศึกษา สังกัดอาชีวศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พบว่า ผู้ที่มี
การนัดและอยู่ตามลำพังกับเพศตรงข้ามสูงมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์มาก

ธีระ ภิรมย์สวัสดิ์ (2547) ศึกษาปัญหาการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งแรกในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี เปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี ระหว่างมกราคม 2545 ถึง เมษายน 2546 พบว่า กลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ฝากครรภ์ไม่ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ และคลอดก่อนกำหนด มากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มอายุต่ำกว่า 17 ปี, 17-19 ปี, 20-25 ปี และอายุ 25 ปีขึ้นไป พบว่า มารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 17 ปี ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ คลอดก่อนกำหนด มีภาวะโลหิตจาง และเกิดภาวะขาดออกซิเจนภายใน 5 นาทีแรกคลอด มากกว่ามารดาวัยรุ่นอายุ 17 ปี ขึ้นไป

เก่ง สืบบุญการณ และวรพงศ์ ภู่งศ์ (2548, หน้า 1759-1762) ศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่คลอดที่ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2537 - 31 ธันวาคม 2547 พบว่า กลุ่มที่ฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่ากลุ่มที่ฝากครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุกัญญา ชนธรรมสถิต และปณิดา สุขสำราญ (2548) ศึกษาพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในเขตสาทรนุรักษ์ที่ 11 ได้แก่ จังหวัดมุกดาหาร นครพนม กาฬสินธุ์ และเขต 14 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี อำนาจเจริญ และยโสธร พบว่า นักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามมีอายุน้อยที่สุด 14.7 ปี อายุต่ำสุด 10 ปี ร้อยละ 53.6 มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรัก รองลงมาคือเพื่อน ร้อยละ 18.0 โดยความรักและอยากลองเป็นสาเหตุสำคัญของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก สถานที่ที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีทั้งที่ที่พักตนเอง ที่พักคนที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย และบ้านเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 25.8, 20.1 และ 20.6 ตามลำดับ นักเรียนที่มีเพศสัมพันธ์และมีการป้องกันการตั้งครรภ์ ร้อยละ 47.4 โดยใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 37.6 และหลังข้างนอก ร้อยละ 16.5

อารี ใจคำปัน และคณะ (2549) ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ของหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า ลักษณะการมีเพศสัมพันธ์ของหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น เริ่มจากการเป็นแฟนกับเพศตรงข้ามในโรงเรียน จากนั้น สถานการณ์ที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มี 2 แบบ คือ ดั้งใจมีเพศสัมพันธ์ เกิดจากการยุแหย่ของเพื่อน ทำให้อยากลอง ส่วนการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ตั้งใจ เกิดจากการอยู่กันลำพังสองต่อสองและมีการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย สำหรับสถานที่ที่มีเพศสัมพันธ์ คือ ที่บ้านฝ่ายชายตอนกลางวัน และบางรายพบว่าใช้เทคโนโลยีเพื่อนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ผลจากสื่อเทคโนโลยี เช่น การดูภาพจู๋จ๊อทางเพศในคอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือ สาเหตุที่นำไปสู่การตั้งครรภ์ คือ ฝ่ายชายไม่สวมถุงยางอนามัย เนื่องจากมีขนาดไม่เหมาะสมและใช้การหลังข้างนอก ส่วนฝ่ายหญิงไม่รับประทานยาคุมกำเนิด เพราะเห็นว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก

ฐานิพานิชสกุล (Taneepanichskul, 2007) ศึกษาแนวโน้มปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ในทศวรรษหน้า พบว่า ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่พบมาก ได้แก่ การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย การขาดการดูแลครรภ์ที่เหมาะสม การติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และภาวะโลหิตจาง โดยมาตรการที่สำคัญที่ช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ การให้คำปรึกษาทางเพศศึกษา และการวางแผนครอบครัว

สุพินดา ชัยวิทย์ (2551) ศึกษาเพศวิถีของวัยรุ่นหญิงอายุ 12-18 ปี ที่ศึกษาในระบบโรงเรียน พบว่า วัยรุ่นหญิงให้ความหมายของเพศวิถีว่า ความรักและเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่สวยงาม อบอุน เป็นเรื่องของธรรมชาติ มีคุณค่าสำหรับชีวิต ช่วยวัดระดับความรัก ความผูกพัน และจำเป็นสำหรับความรัก วัยรุ่นหญิงใช้ความรักเป็นเหตุผลอันดับแรกในการอธิบายพฤติกรรมทางเพศ รองลงมาคือความอยากรู้อยากลอง โดยได้รับความรู้เรื่องเพศจากสื่อคลิป์วิดีโอและกลุ่มเพื่อนมากที่สุด

สถาบันประชากรและสังคม และสำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2546) ได้สำรวจพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2546 พบว่า อายุเฉลี่ยของวัยรุ่นที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ อายุ 16 ปี ปัจจัยที่เป็นเหตุกระตุ้น เช่น การเข้าวัยรุ่นที่เร็วขึ้น การกระตุ้นโดยสื่อที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาในวัยรุ่นเริ่มที่อายุเฉลี่ย 14 ปี ในขณะที่ร้อยละ 60 ของวัยรุ่นได้ข้อมูลส่วนใหญ่จากเพื่อนและสื่อ เช่น หนังสือ วิดีโอ สื่อโทรทัศน์ ภาพยนตร์ อินเทอร์เน็ต ทำให้ปัญหาสังคมอันเนื่องมาจากพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และผลของการกระทำที่ทวีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น เห็นได้จากการหย่าร้างที่เพิ่มขึ้นหรือฝ่ายชายทิ้งไปปล่อยให้ฝ่ายหญิงแบกรับภาระและความเครียดทั้งหมด

การสัมมนาเชิงปฏิบัติการฟังเสียงของเยาวชนจากภาคต่าง ๆ เรื่องเพศศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข (2550, หน้า 1) พบว่า สิ่งที่วัยรุ่นอยากรู้ มีทั้งการช่วยเหลือตัวเอง ออร์ัลเซ็กซ์ การสอนใส่ถุงยางอนามัย การมีเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ผลของการทำแท้ง การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ทางเพศ การจัดการเมื่อมีความต้องการทางเพศ การดูแลวัยะเพศ ทักษะการสื่อสาร เรื่องเพศกับผู้ใหญ่และเพื่อน สถานการณ์มีเพศสัมพันธ์ เมื่อเด็กวัยรุ่นไม่ได้รับความรู้ความเข้าใจตามที่สนใจ จึงเป็นเหตุให้เด็กหญิงวัยเยาว์กลุ่มหนึ่งตั้งครรภ์ เพราะขาดความรู้ในเรื่องเพศศึกษา และการวางแผนครอบครัวเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกรายเป็นมารดาโดยไม่สมัครใจ

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาในเด็กหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 15 ปี เป็นการเฉพาะ ส่วนใหญ่ทำการศึกษาเปรียบเทียบการตั้งครรภ์ในมารดาที่อายุ 20 ปีขึ้นไป กับมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มีปัญหาที่เนื่องมาจากการตั้งครรภ์และการคลอดมากกว่ามารดาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

งานวิจัยต่างประเทศ

บราบิน และคณะ (Brabin et al., 1995) ศึกษาพบว่าหญิงอายุ 12-19 ปี ในประเทศไนจีเรีย ร้อยละ 24 ของผู้ที่มีอายุ 17-19 ปี เคยทำแท้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และร้อยละ 5 เคยใช้ยาคุมกำเนิด ร้อยละ 94 ของหญิงอายุ 12-19 ปี พบการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 17 ปี พบว่าร้อยละ 20 ติดเชื้อราที่ช่องคลอด ร้อยละ 11 ติดเชื้อทริโคโมแนส

เบลนค์ และเวย์ (Blanc & Way, 1998) ศึกษาพฤติกรรมทางเพศ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และการใช้ยาคุมกำเนิด พบว่า ช่วงเวลาระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับระยะเวลาที่แต่งงาน ในวัยรุ่นหญิง อายุ 15-19 ปี เพิ่มขึ้น ระดับความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการคุมกำเนิดสูงขึ้น แต่การคุมกำเนิดยังได้ผลต่ำ

คาร์เซอร์เรซ, มาร์ติน และฮิวส์ (Caceres, Martin, & Hudes, 1997) ศึกษาความเสี่ยงทางเพศ ในหญิงวัยรุ่นและวัยรุ่นตอนต้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างเริ่มมีเพศสัมพันธ์ในช่วงวัยรุ่นอายุ 16-17 ปี และวัยรุ่นตอนต้นอายุ 19-30 ปี ร้อยละ 34 และร้อยละ 75 ตามลำดับ โดยร้อยละ 35 ของกลุ่ม ตัวอย่างต้องมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สมัครใจ

เทอร์รี่-ฮูเมน, แมนเลฟ และคอตทิงแฮม (Terry-Humen, Manlove, & Cottingham, 2006) ศึกษาพฤติกรรมทางเพศในวัยรุ่นอเมริกัน พบว่า วัยรุ่นเพศหญิงเริ่มตระหนักถึงความไม่เหมาะสม ในการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย โดยงานวิจัยพบว่ากลุ่มวัยรุ่นเพศหญิงอายุต่ำกว่า 14 ปี, 15 ปี, 16 ปี, 17 ปี, 18 ปี และ 19 ปี เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 8, 15, 27, 43, 58 และ 70 ตามลำดับ สัมพันธ์กับ ความคิดเห็นว่าไม่ต้องการประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงอายุ ต่ำกว่า 14 ปี, 15-17 ปี และ 18-19 ปี คือ ร้อยละ 27, 12 และร้อยละ 5 ตามลำดับ

คลาวส์ และเคนเนล (Klaus, & Kennell, 1982) พบว่าในช่วงวัยรุ่น ผู้ที่มีอิทธิพลสำคัญ ในการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความภาคภูมิใจ คือ การยอมรับจากคู่รัก เมื่อมีเพศสัมพันธ์ซึ่งเด็กหญิง วัยเยาว์รับรู้ว่าเป็นการแสดงถึงการยอมรับตนเอง เป็นจุดเริ่มของพัฒนาการสัมพันธ์ภาพระหว่าง หญิงตั้งครรภ์และบุตร (Klaus & Kennell, 1982, pp. 72-82)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัญหาเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น เป็นปัญหาสาธารณสุข ที่พบได้ทั่วไปในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก เนื่องจากผลการศึกษาที่พบว่าวัยรุ่นเริ่มมีประสบการณ์ ทางเพศขณะที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี แต่การศึกษาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นที่กลุ่ม วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 19 ปี โดยรวมและมุ่งเน้นที่ปัญหาสุขภาพทางกายจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การทำแท้ง ผลกระทบระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอดและการเลี้ยงดูบุตร มีการศึกษาส่วนน้อย ที่ศึกษาเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี ในขณะที่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี มีแนวโน้มการมี เพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อยลง ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ

อาทิเช่น ภาวะเศรษฐกิจ บริบททางสังคม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อการรับรู้ และพฤติกรรมของวัยรุ่น แต่ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของเด็กหญิงวัยเยาว์มีน้อยมาก เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ส่งผลกระทบต่อสังคมทั้งตัวเด็กหญิงที่ตั้งครรภ์ ผู้ปกครอง เครือญาติ องค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันการศึกษา

ประเด็นสำคัญ ผลการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ ไม่พบงานวิจัยที่ศึกษา ประสพการณ์การตั้งครรภ์ของเด็กหญิงวัยเยาว์เป็นการเฉพาะที่จะทำให้เข้าใจถึงการให้ความหมาย คุณค่า ความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ การให้กำเนิดบุตร การปรับเปลี่ยนเอกลักษณ์ของเด็กหญิงวัยเยาว์ที่ตั้งครรภ์ การพัฒนาบทบาทของเด็กหญิงตั้งครรภ์ ความช่วยเหลือที่เด็กหญิงต้องการและความช่วยเหลือที่ได้รับข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับครอบครัว หน่วยงาน สถาบัน และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กและเยาวชน เพราะ ประสพการณ์ของเด็กหญิงวัยเยาว์ที่ตั้งครรภ์จะสะท้อนความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในสังคม ดังนั้น ผู้วิจัย จึงเห็นสมควรที่จะศึกษาเกี่ยวกับการให้ความหมาย คุณค่า ความเชื่อ ความรู้สึก เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสถานภาพจากเด็กมาสู่บทบาทความเป็นแม่ของเด็กหญิงวัยเยาว์ที่ตั้งครรภ์ สภาพแวดล้อมทางสังคมของเด็กวัยรุ่นก่อนการตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ และหลังคลอด ปัญหาที่เนื่องมาจากการตั้งครรภ์ การจัดการปัญหาเหล่านั้น ตลอดจนความช่วยเหลือที่ได้รับ แต่ข้อมูลดังกล่าวเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ซับซ้อน และข้อมูลในแต่ละประเด็นมีความเฉพาะในเด็กหญิงวัยเยาว์ที่ตั้งครรภ์แต่ละราย ดังนั้น จึงทำการศึกษาเจาะลึกให้ได้ข้อมูลตรงตามประเด็นที่ต้องการศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา