

การปรับตัวของแม่วัยรุ่น

อัญชติ เหมชะญาติ

คู่มือนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาการศึกษานและการพัฒนาสังคม

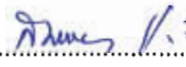
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา


กรกฎาคม 2558

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา


คณะกรรมการควบคุมคุณนิพนธ์และคณะกรรมการสอบคุณนิพนธ์ ได้พิจารณา
คุณนิพนธ์ของ อัญชลี เหมชะญาติ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

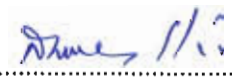
คณะกรรมการควบคุมคุณนิพนธ์

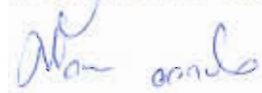
..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมหมาย แจ่มกระจ่าง)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรिवรรณ ยอดนิต)

คณะกรรมการสอบคุณนิพนธ์

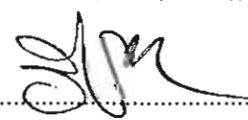
..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรวัตติ์ เชียรพิเชฐ)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมหมาย แจ่มกระจ่าง)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรिवรรณ ยอดนิต)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนินทร์ สุทธิชาติพิชัย)

คณะศึกษาศาสตร์ อนุมัติให้รับคุณนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีคณะศึกษาศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิจิต สุรัตน์เรืองชัย)

วันที่ 21 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2558

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์ ครั้งที่ 2 ปีงบประมาณ 2557

กิตติกรรมประกาศ

คุชฎินิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาจากท่านศาสตราจารย์ เกียรติคุณ
ดร.นายแพทย์ศาสตราจารย์ เสาวคนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.สมหมาย แจ่มกระจ่าง รองศาสตราจารย์
ดร.ศรีวรรณ ยอดนิล รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ สุทธิทาทีพย์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร.สุนทราวดี เรือรพิเชฐ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ เสนอแนะ และตรวจสอบแก้ไขคุชฎินิพนธ์
จนมีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอบพระคุณนายแพทย์ชุมพล สุวรรณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยองและ
สาธารณสุขอำเภอบ้านค่าย ที่กรุณาอนุญาตให้ผู้วิจัย ได้ลงเก็บข้อมูลในพื้นที่อำเภอบ้านค่าย จังหวัด
ระยอง ขอบคุณบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านค่ายและโรงพยาบาลบ้านค่าย
นักสังคมสงเคราะห์สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระยอง ครู อาจารย์
โรงเรียนบ้านค่าย โรงเรียนหนองพะวา หัวหน้างานสาธารณสุขเทศบาลชากบก อาสาสมัคร
สาธารณสุขตำบลชากบก ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวก
ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูล ร่วมเสนอแนะแนวทางในการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น
ขอบคุณน้อง ๆ ที่เป็นแม่วัยรุ่นและบุคคลในครอบครัวทุกคนซึ่งเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดของงานวิจัยนี้
ที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี และยังประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจ

ขอบคุณกำลังใจและความหวังดีของทุก ๆ ท่าน ทั้งพี่น้อง เพื่อน ๆ รุ่นพี่รุ่นน้อง
ที่ส่งกำลังใจให้ผู้วิจัย ทำให้ผู้วิจัยเกิดกำลังใจในการทำวิจัย

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ครู อาจารย์ทุกท่านที่ได้กรุณาอบรมสั่งสอน
ผู้วิจัยให้เป็นผู้ที่มีความรู้ มีความอดทน ทำให้ประสบความสำเร็จในการศึกษา

อัญชติ เหมชะญาติ

54810146: สาขาวิชา: การศึกษาและการพัฒนาสังคม; ปร.ศ. (การศึกษาและการพัฒนาสังคม)

คำสำคัญ: การปรับตัว/แม่วัยรุ่น

อัญชติ เหมชะญาติ: การปรับตัวของแม่วัยรุ่น (THE ADAPTATION OF THE ADOLESCENT MOTHERS) คณะกรรมการควบคุมคุชฎีนิพนธ์: สมหมาย แจ่มกระจ่าง, Ph.D., ศรีวรรณ ยอดนิล, Ph.D. 193 หน้า. ปี พ.ศ. 2558.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบการปรับตัวของแม่วัยรุ่นในเขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง และแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2557 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ผลกระทบของการเป็นแม่วัยรุ่น ด้านจิตใจ ทำให้เกิดความเครียด เกิดภาวะซึมเศร้า การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง ด้านร่างกาย ทำให้แม่วัยรุ่นและลูกมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้เสียโอกาสทางการศึกษา ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในระบบต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน บุคคลในครอบครัวเกิดความผิดหวัง อับอาย ต้องหยุดงานเพื่อช่วยดูแลแม่วัยรุ่น และลูก เป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่าย ทำให้เกิดปัญหาด้านการเงิน แต่แม่วัยรุ่นทุกคนก็ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเพียงพอ ทำให้ไม่มีแม่วัยรุ่นอยู่ลำพังหรืออยู่สถานสงเคราะห์ ส่งผลให้แม่วัยรุ่นส่วนมากดำรงบทบาทมารดาได้

2. การปรับตัวแม่วัยรุ่น พบว่า ทุกคนไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถเลี้ยงดูบุตร โดยพักอาศัยอยู่กับครอบครัวตนเองหรือสามี เนื่องจากส่วนมากมีการปรับตัวได้ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านมโนคติ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน

3. แนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น ต้องเกิดจากการประสานความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแม่และเด็ก ได้แก่ ด้านการศึกษา การสาธารณสุข ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ร่วมให้การช่วยเหลือแก่แม่วัยรุ่นและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

54810146: MAJOR: EDUCATION AND SOCIAL DEVELOPMENT; Ph.D. (EDUCATION AND SOCIAL DEVELOPMENT)

KEYWORD: ADAPTATION/ ADOLESCENT MOTHERS

UNCHALEE HEMCHAYAT: THE ADAPTATION OF THE ADOLESCENT MOTHERS. DISSERTATION ADVISORS: SOMMAI JAMKRAJANG, Ph. D., SRIWAN YODNIL, Ph. D., 193 P. 2015.

This qualitative research was conducted to examine the effects and adaptation of adolescent mothers in order to propose the solution guidelines. Data were collected during October to December 2014 from the participants in the District Health Service 6 (Rayong) as categorized by National Health Security Office. The methods of data collection included in-depth interview and focus group discussion. Data were analyzed by the content analysis technique.

The results were as follows:

1. The effects to adolescent mothers in the study area were the psychological effects including stress, depression, and low self-esteem; physiological effects including increased health problems of adolescent mothers and their children; economic and social effects including loss of opportunities to continue studying after school dropouts, disappointment and humiliation of family members as well as absence from working to help the adolescent mothers and their babies, so that some families had more serious financial problem. However, in this study, all adolescent mothers had enough social support. Therefore, no adolescent mothers lived in a foster home for adolescent mother. Thus, the adolescent mothers were able to play their maternal role.

2. According to adaptation, the adolescent mothers in the study area were no serious problem on physiological and psychological problem. They were able to take care of their children by living with their parents or husband while they had good adaptation for all 4 domains, including physiological, self-concept, role function, and interdependence mode domains.

3. Regarding the solution guidelines for adolescent mothers, the co-operation from all responsible sectors for maternal and child welfare were needed. These sectors included school, health care facilities, community, local administrative organization, and Office of Social Development and Human Security of each province. In order to implement the effective solutions, the personnel of those sectors have to help adolescent mothers and their family.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
คำถามการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
แนวคิดทฤษฎี.....	13
นโยบายภาครัฐ.....	61
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแม่วัยรุ่น.....	70
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	81
การศึกษาผลกระทบและการปรับตัวของแม่วัยรุ่น	
ผู้ให้ข้อมูล.....	81
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	82
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	82
ศึกษาแนวทางการช่วยเหลือแม่วัยรุ่น	
ผู้ให้ข้อมูล.....	83
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	84
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	84

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล.....	85
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
การควบคุมคุณภาพงานวิจัย.....	86
การสรุปและการนำเสนอ.....	86
4 ผลการวิจัย.....	88
ข้อมูลทั่วไปของแม่วัยรุ่น.....	88
ผลกระทบของการเป็นแม่วัยรุ่น.....	89
การปรับตัวของแม่วัยรุ่น.....	123
แนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น.....	128
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	142
สรุปผลการวิจัย.....	142
อภิปรายผล.....	147
ข้อเสนอแนะ.....	158
บรรณานุกรม.....	161
ภาคผนวก.....	175
ภาคผนวก ก.....	176
ภาคผนวก ข.....	179
ภาคผนวก ค.....	185
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	193

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	ร้อยละของมารดาที่คลอดบุตรอายุ 10-19 ปี ของประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2551-2555..... 2
2	อัตราการคลอดเฉลี่ยของแม่วัยรุ่นต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ของประเทศไทย เปรียบเทียบลำดับความรุนแรง 5 ลำดับแรก จำแนกตามการแบ่งเขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2551-2555..... 5
3	อัตราการคลอดเฉลี่ยของแม่วัยรุ่นต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ในเขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง เปรียบเทียบลำดับความรุนแรง 4 ลำดับ จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2551-2555..... 6
4	ร้อยละของแม่วัยรุ่น จำแนกตามระดับการศึกษาขณะตั้งครรภ์ อาชีพก่อนเป็นแม่วัยรุ่น การมีเพศสัมพันธ์ ความตั้งใจในการมีลูก พิธีสมรส สถานภาพ อาชีพ รายได้ อายุเมื่อคลอดลูก สุขภาพขณะคลอดและวิธีการคลอด สุขภาพทารกแรกคลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อายุสามี การศึกษาของสามี อาชีพของสามีรายได้ของสามี สถานที่พักอาศัยแม่วัยรุ่น รายได้ของครอบครัวที่แม่วัยรุ่นพักอาศัยอยู่ด้วย ($n = 17$)..... 97
5	ความต้องการการช่วยเหลือและแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น.. 137

สารบัญญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
2 แสดงการกำหนดซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยทางพฤติกรรม (B) สภาพแวดล้อม (E) และปัจจัยส่วนบุคคล (P).....	47
3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น.....	50
4 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย.....	87
5 แผนภูมิแสดงผลกระทบที่เกิดจากการเป็นแม่วัยรุ่นด้านจิตใจ.....	106
6 แผนภูมิแสดงผลกระทบที่เกิดจากการเป็นแม่วัยรุ่นด้านร่างกาย.....	111
7 แผนภูมิแสดงผลกระทบที่เกิดจากการเป็นแม่วัยรุ่นด้านเศรษฐกิจและสังคม.....	122

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในระยะสองทศวรรษที่ผ่านมา วิถีชีวิตของวัยรุ่นไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ต้องเผชิญกับการแข่งขันทุกด้านเพื่อก้าวให้ทันกับยุคสมัยของวัตถุนิยม กระแสความเจริญทางด้านเทคโนโลยีที่มีการพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง ทำให้การดำเนินชีวิตของวัยรุ่นห่างไกลจากประเพณีวัฒนธรรมอันดีงามของชาติ โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศ ส่งผลให้วัยรุ่นในปัจจุบันมีทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์แบบเสรีมากขึ้น ในขณะที่วัยรุ่นหญิงเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบมากกว่าวัยรุ่นชาย ก่อให้เกิดปัญหาที่สำคัญตามมา คือ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยไม่มีความพร้อม และกลายเป็นแม่อย่างไม่ตั้งใจ ผลกระทบที่เกิดกับการเป็นแม่วัยรุ่น ส่งผลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละบุคคล ครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม (ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต, นพวรรณ มาดาร์ตัน, วาที สิทธิ, แครี ริคเตอร์ และอุไรวรรณ คะนิงสุขเกษม, 2554) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage pregnancy) หมายถึง การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 19 ปี บริบูรณ์ นับอายุ ณ เวลาที่คลอดลูก แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ วัยรุ่นแท้จริง (Adolescence) อายุ 15-19 ปี และวัยแรกเริ่ม (Younger adolescents) อายุ 10-14 ปี (World Health Organization [WHO], 2013) ซึ่งในแต่ละปี มีอุบัติการณ์การคลอดของแม่วัยรุ่นทั่วโลกราว 14 ล้านคน ประมาณ 12.8 ล้านคนหรือมากกว่าร้อยละ 90 อยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ในส่วนของประเทศไทยอัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2554 และ ปี พ.ศ. 2555 เท่ากับ 53.6 และ 53.8 ส่งผลให้อัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นไทยสูงอยู่ในกลุ่มหนึ่งของทวีปเอเชีย โดยอยู่ในกลุ่มเดียวกับประเทศอินเดีย บังกลาเทศ ซึ่งมีประชากรมากกว่าประเทศไทยหลายเท่า และจัดอยู่ในกลุ่มอันดับที่สามของโลก รองจากกลุ่มประเทศลาตินอเมริกาและแอฟริกา ในขณะที่ประเทศสิงคโปร์ ญี่ปุ่น และจีน มีอัตราแม่วัยรุ่นเพียง 4-6 คน ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ส่วนพม่าและมาเลเซียอยู่ที่ประมาณ 15-18 คน (จิราภรณ์ ประเสริฐวิทย์, 2555; บุญฤทธิ สุขรัตน์, 2557)

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลความรู้เรื่องเพศของเด็กและเยาวชนไทยในปี พ.ศ. 2553 จำนวน 2,060 คน พบว่า วัยรุ่นไทยอายุ 9-12 ปี ทราบวิธีคุมกำเนิดที่ถูกต้องเพียงร้อยละ 10.3 ในขณะที่วัยรุ่นอายุ 13-15 ปี และวัยรุ่นอายุ 16-19 ปี ทราบวิธีคุมกำเนิดที่ถูกต้องเพียงร้อยละ 34.0 และ 59.9 ตามลำดับ (ศูนย์เครือข่ายวิชาการเพื่อสังเกตการณ์และวิจัยความสุขชุมชน, 2553) อีกสาเหตุหนึ่งของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นผลมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ จากสถิติของศูนย์พึ่งได้ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ทั่วประเทศ สรุปว่า ในช่วง

ปี พ.ศ. 2547-2550 เด็กผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงและเข้ามาใช้บริการที่ศูนย์พึ่งได้ ประมาณหนึ่งในสามถูกกระทำรุนแรงทางเพศ และรายงานการวิจัยระดับประเทศก็แสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 46 ของเด็กหญิงอายุ 10-14 ปี มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกโดยการถูกบังคับ (สุขภาพคนไทย, 2553) จากทั้งหมดที่กล่าวมาคือสาเหตุสำคัญของการตั้งครรภ์ รวมทั้งการมีแม่วัยรุ่นในอัตราที่สูงของประเทศไทย

ที่ผ่านมาหลายหน่วยงานมีการจัดเก็บข้อมูลอัตราการคลอดของมารดาในช่วงอายุต่าง ๆ ตามระบบราชการของหน่วยงานตนเอง โดยไม่ได้ประสานข้อมูลกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีจัดเก็บข้อมูลเช่นเดียวกัน ทำให้ข้อมูลที่ปรากฏมีความคลาดเคลื่อนกันอยู่บ้าง ในปี พ.ศ. 2554 ภายหลังมีข่าวพบซากทารกนับพันที่เกิดจากการทำแท้งที่วัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2555) ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดความตื่นตัว งานอนามัยการเจริญพันธุ์จึงได้ถูกกำหนดขึ้นเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2553) ทำให้เกิดความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งการเฝ้าระวังและการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาแม่วัยรุ่น จากข้อมูลการเฝ้าระวังอัตราการคลอดของมารดาวัยรุ่น ระหว่าง พ.ศ. 2551-2555 ของกระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่า อัตราการคลอดของมารดาวัยรุ่นมีแนวโน้มในภาพรวมสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2551-2554 แต่เมื่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมมือกันแก้ไขปัญหาก็ทำให้แนวโน้มของอัตราในภาพรวมของ ปี พ.ศ. 2555 เกือบคงที่ แต่แม่วัยรุ่นกลุ่มอายุ 10-14 ปี กลับเป็นกลุ่มที่พบว่ามีอัตราเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งกลุ่มนี้มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากอายุน้อยที่สุด ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบมากที่สุด (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2557) ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของมารดาที่คลอดบุตรอายุ 10-19 ปี ของประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2551-2555

พ.ศ.	อายุ 10-14 ปี (ร้อยละ)	อายุ 15-17 ปี (ร้อยละ)	อายุ 18-19 ปี (ร้อยละ)	อายุ 10-19 ปี (ร้อยละ)
2551	0.4	6.9	8.5	15.5
2552	0.4	6.9	8.8	16.0
2553	0.4	7.0	8.8	16.2
2554	0.4	7.5	8.8	16.6
2555	0.5	7.5	8.7	16.7

ผลกระทบที่เกิดการตั้งครรภ์และการคลอดในแม่วัยรุ่น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและไม่พึงประสงค์ โดยผลกระทบที่เกิดกับแม่วัยรุ่นในระยะแรก คือ เกิดความเครียด ต่อมาต้องเผชิญกับความอับอายทั้งตนเองและครอบครัว ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด แม่วัยรุ่นหลังคลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง (เฉลิมศรี อานก่าปัง, 2552; คณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา, 2554) กระทบต่อการศึกษา คือ อาจต้องพักการเรียนหรือออกจากโรงเรียนกลางคัน ทำให้เสียโอกาสทางการศึกษา ส่งผลเสียกับโอกาสในการประกอบอาชีพและการหารายได้ในอนาคต โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นสรุปพอสังเขปได้ดังนี้

ผลกระทบด้านจิตใจต่อแม่วัยรุ่น พบว่า มีความเครียดสูง อันเป็นผลมาจากการตั้งครรภ์นอกสมรส (ร้อยละ 91.59) การดูแลสุขภาพของตนเองในขณะที่ตั้งครรภ์ ความไม่พร้อมในการเลี้ยงหรือรับภาระการเลี้ยงลูกไม่ไหว เกิดอาการแยกตัว หงุดหงิด อารมณ์เสียบ้าง โกรธง่าย รู้สึกเดียวดาย โดยร้อยละ 53.6 เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดเป็น โรคทางด้านจิตเวชและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (Cox, Buman, Valenzuela, Joseph, Mitchell, & Woods, 2008; นิธิรัตน์ บุญตานนท์ และภัสสรานนารักษ์, 2555; สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2555) ทำให้เกิดการทำร้าย ทารุณ หรือทอดทิ้งลูก การเลี้ยงลูกก็จะตกเป็นภาระของพ่อแม่ ผู้ปกครองของแม่วัยรุ่น ในส่วนพ่อแม่ของแม่วัยรุ่นก็อาจมีปัญหาทางสังคม เนื่องจากเกิดความอับอาย เสียใจ และผิดหวัง กรณีที่ครอบครัวไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ การคลอดของแม่วัยรุ่น เด็กที่เกิดมาอาจต้องนำไปฝากเลี้ยงหรือยกให้กับผู้อื่นเลี้ยงดูแทน ปัญหาทางด้านร่างกาย พบว่า แม่วัยรุ่นและลูกจะมีปัญหาทางด้านร่างกายเกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์และส่งผลต่อไปจนถึงหลังระยะคลอด เนื่องจากแม่วัยรุ่นส่วนมากไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ ทำให้ไม่กล้าฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ล่าช้า ประกอบกับแม่ที่อายุต่ำกว่า 19 ปี มีความเสี่ยงต่อการเป็น โรคพิษแห่งครรภ์ โรคชักแห่งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด การผ่าคลอดทางหน้าท้อง ในอัตราที่สูงกว่าแม่ที่เป็นวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ยังพบว่า แม่ที่อายุ 15 ถึงต่ำกว่า 19 ปี มีอัตราการตายที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์สูงกว่าแม่อายุ 20-25 ปี ถึงสามเท่า ในขณะที่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ใน 5 ปีแรกของการมีประจำเดือนกระดูกจะปิดเร็วเพราะมีการหลังฮอร์โมนมาก ทำให้การเจริญเติบโตของร่างกายลดลง โดยเฉพาะส่วนสูง (Rasheed, Abdelmonem, & Amin, 2011; นิธิรัตน์ บุญตานนท์ และภัสสรานนารักษ์, 2555) เนื่องจากแม่วัยรุ่นส่วนมากเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม โดยพบว่า ร้อยละ 86 ยังเรียนอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ทำให้ต้องปกปิดการตั้งครรภ์ บุคคลในครอบครัวจะทราบเมื่ออายุครรภ์มาก ทำให้ฝากครรภ์ล่าช้าหรือไม่ได้ฝากครรภ์ ส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ และยังพบว่า ลูกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ฐานะยากจนมักมีภาวะทางโภชนาการต่ำ (Zeck, Bjelic-Radisic, Haas, & Greimel, 2007; วสันต์ เวทย์วัฒนชัย, 2550; กิดดิพงษ์ แซ่เจ็ง, 2555; มนฤดี เตชะอินทร์ และพรณี ศิริวรรณภา, 2555)

ทำให้มีปัญหาการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อทั้งมัดเล็กและมัดใหญ่ เกิดปัญหาพัฒนาการด้านภาษา สังคม อารมณ์ โดยพบว่า ทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นมักมีปัญหาพัฒนาการด้านจิตสังคม เนื่องจากแม่ในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม ทารกที่เกิดมาจึงได้รับการเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสม (นิริรัตน์ บุญदानนท์ และภัศรา นรารักษ์, 2555; มนฤดี เตชะอินทร์ และพรณี ศิริวรรณภา, 2555) ส่วนทารกที่คลอดน้ำหนักตัวน้อย เมื่อโตขึ้นจะมีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นมากกว่าทารกที่คลอดน้ำหนักตัวปกติ (O'Conner, 2003; Sasalux, 2005; Stoll, 2003 อ้างถึงใน เบญจพร ปัญญา, 2553) ด้านสังคม พบว่า แม่วัยรุ่นจะสูญเสียความเป็นส่วนตัวจากการที่ต้องเลี้ยงดูลูก ทำให้ขาดการสมาคมกับเพื่อนที่เคยเรียนหนังสือด้วยกัน (สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2547; เฉลิมศรี อานกำปิง, 2552; นิริรัตน์ บุญदानนท์ และภัศรา นรารักษ์, 2555) ถ้าแม่วัยรุ่นต้องออกจากระบบการศึกษาจะทำให้เสียโอกาสหรือล้มเหลวทางการศึกษา จากการศึกษาแม่วัยรุ่นในประเทศออสเตรเลีย พบว่า ร้อยละ 88 ต้องพักการเรียน โดยเฉพาะในช่วง 2 ปีครึ่ง หลังคลอด ซึ่งการล้มเหลวทางการศึกษาจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการประกอบอาชีพในอนาคต เนื่องจากวุฒิการศึกษาที่มีอยู่ไม่สามารถหางานที่ดีทำได้ รายได้จากการทำงานหรือประกอบอาชีพก็น้อย ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตของตนเองและลูก โดยร้อยละ 76.7 ไม่มีงานทำ (Zeck et al., 2007) ผู้ปกครองของแม่วัยรุ่นบางคนต้องหยุดงานหรือออกจากงานเพื่อมาช่วยเหลือหลาน ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ฐานะของครอบครัวยากจนลง โดยเฉพาะแม่วัยรุ่นที่ไม่มีผู้ครองช่วยเหลือดูแล ในขณะที่บางคนเกิดปัญหากับผู้ครอง เกิดการหย่าร้างและมีผู้ครองหลายคนตามมา ซึ่งเสี่ยงต่อการถูกชักจูงเพื่อการค้าประเวณี และถ้าครอบครัวไม่มีความพร้อมในการช่วยเหลือหลาน จึงเป็นภาระหน้าที่ของรัฐที่ต้องเข้าไปให้การช่วยเหลือเลี้ยงดูทั้งแม่และลูก โดยค่าใช้จ่ายที่รัฐต้องจ่ายเพื่อการนี้คิดเป็นเงินประมาณ 175,000 บาท ต่อคน ในแต่ละปี นานเป็นเวลา 3-4 ปี หรือนานกว่านั้น (สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2547; พิมพิดา โยธาสมุทร, 2553; นิริรัตน์ บุญदानนท์ และภัศรา นรารักษ์, 2555) จากข้อมูลของสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีหรือบ้านพักฉุกเฉิน ในปี พ.ศ. 2550 พบว่า ผู้ที่เข้ามาพักในบ้านพักฉุกเฉินเป็นแม่วัยรุ่นถึงร้อยละ 30 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นไปจนถึงระดับอุดมศึกษา (สุภาพคนไทย, 2553) ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อพัฒนาประชากรของประเทศ

แม่วัยรุ่นมักมีปัญหาในการปรับตัวมากกว่าแม่ที่เป็นวัยรุ่นผู้ใหญ่ เนื่องจากต้องมีการปรับตัวพร้อมกันถึงสองกระบวนการ คือ การปรับตัวซึ่งเป็นพัฒนาการของวัยรุ่นและการปรับตัวเพื่อดำรงบทบาทความเป็นมารดา ทำให้แม่วัยรุ่นต้องเผชิญกับความยากลำบากและเกิดปัญหาความขัดแย้งมากมาย ซึ่งความสามารถในการปรับตัวสำหรับการเป็นแม่วัยรุ่นเกิดจากปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล ได้แก่ การเป็นคนที่มีความรับรู้เชิงบวก เป็นคนที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ความพึงพอใจ

ต่อการเป็นแม่ ระดับการศึกษาที่ได้รับ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแม่ของตนเอง คู่สมรสและบุคคลรอบข้าง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นพัฒนาการของวัยรุ่น ซึ่งขึ้นกับช่วงวัยและลักษณะของการเปลี่ยนแปลง (DeVito, 2010)

สถานการณ์แม่วัยรุ่นในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2551-2555 จำแนกตามการจัดพื้นที่ ความรับผิดชอบการบริหารงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่แบ่งจังหวัด ทั้งหมดในประเทศไทยออกเป็น 13 เขต พบว่า เขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง จำนวน 8 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดจันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สมุทรปราการ และสระแก้ว มีอัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (50: 1,000 ประชากรวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี) และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศทุก ๆ ปี โดยอัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นเฉลี่ยทั้งเขตสูงเป็นลำดับ 1 ของทุกเขตติดต่อกัน 5 ปี (บุญฤทธิ์ สุจริตน์, 2557) ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อัตราการคลอดเฉลี่ยของแม่วัยรุ่นต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ของประเทศไทย เปรียบเทียบลำดับความรุนแรง 5 ลำดับแรก จำแนกตามการแบ่งเขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2551-2555

พื้นที่	อัตราการคลอดเฉลี่ยของแม่วัยรุ่น					ลำดับความรุนแรง				
	2551	2552	2553	2554	2555	2551	2552	2553	2554	2555
ทั่วประเทศ	50.1	50.1	50.1	53.6	53.8					
เขต 6 ระยอง	67.8	65.2	64.2	69.5	69.4	1	1	1	1	1
เขต 5 ราชบุรี	63.5	63.2	61.5	66.0	64.4	2	2	2	2	2
เขต 4 สระบุรี	58.8	56.5	53.5	56.6	54.9	3	4	5	5	5
เขต 3 นครสวรรค์	56.5	56.8	57.6	61.2	58.3	4	3	3	3	3
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	54.6	55.2	55.2	57.7	58.1	5	5	4	4	4

ข้อมูลจำแนกรายจังหวัดในเขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2555 พบว่า จังหวัดระยองมีอัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นสูงเป็นอันดับ 1 ติดต่อกัน 3 ปี เท่ากับชลบุรี 1 ปี และเป็นลำดับ 2 ใน ปี พ.ศ. 2555 โดยชลบุรีเป็นลำดับ 1 (บุญฤทธิ์ สุจริตน์, 2557) ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อัตราการคลอดเฉลี่ยของแม่วัยรุ่นต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ในเขตพื้นที่
ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง เปรียบเทียบลำดับความรุนแรง
4 ลำดับ จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2551-2555

พื้นที่	อัตราการคลอดเฉลี่ยของแม่วัยรุ่น					ลำดับความรุนแรง				
	2551	2552	2553	2554	2555	2551	2552	2553	2554	2555
เขต 6 ระยอง	67.8	65.2	64.2	69.5	69.4					
ชลบุรี	84.9	79.1	78.2	82.1	85.1	2	2	2	1	1
ระยอง	86.3	84.7	79.2	82.1	80.1	1	1	1	1	2
ตราด	62.6	57.3	55.6	66.3	68.3	3	4	4	4	3
จันทบุรี	61.1	60.8	59.3	67.0	65.6	4	3	3	3	4

จากสถานการณ์ที่กล่าว แสดงให้เห็นว่า อัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นในเขตพื้นที่ของ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง ในช่วง 5 ปี ที่มีอัตราการคลอดสูงกว่าเกณฑ์
ที่กำหนดและสูงเป็นลำดับที่ 1 ของประเทศติดต่อกันถึง 5 ปี โดยเฉพาะจังหวัดระยองและชลบุรี
ที่ค่าเฉลี่ยของจังหวัดสูงกว่าค่าเฉลี่ยของระดับเขต จึงสรุปได้ว่า อัตราแม่วัยรุ่นในเขตพื้นที่ของ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง กำลังเป็นปัญหารุนแรงในระดับประเทศ
และเป็นที่ทราบกันว่า การเป็นแม่วัยรุ่นส่งผลกระทบต่อกาย จิตสังคมของทั้งแม่วัยรุ่น
ลูกที่เกิดมา และบุคคลรอบข้าง รวมทั้งสังคมในระดับชุมชนและประเทศชาติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ในประเทศไทยเคยมีผู้ทำการวิจัยผลกระทบ
ที่เกิดกับแม่วัยรุ่นได้ค่อนข้างครอบคลุม แต่ทำการวิจัยมานานกว่า 10 ปี แต่ปัจจุบันบริบทของสังคม
เปลี่ยนแปลงไปมาก ในส่วนของงานวิจัยในปัจจุบันแม้จะมีผู้ทำอยู่เป็นจำนวนมาก แต่พบว่า
ยังไม่ครอบคลุมประเด็นทั้งด้านจิตใจ ร่างกาย เศรษฐกิจ และสังคม ตัวอย่างการวิจัยเรื่องความเครียด
ก็เป็นการศึกษาเฉพาะเรื่อง เช่น ความเครียดจากการเลี้ยงดูลูก ไม่ครอบคลุมเนื้อหาตามแนวคิด
ทฤษฎีทั้งหมด ในส่วนภาวะซึมเศร้าในแม่วัยรุ่นก็เป็นลักษณะของการวิจัยที่สัมพันธ์กับบางเรื่อง
เช่น การเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านสุขภาพของแม่วัยรุ่นและลูกก็เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ที่สำคัญ
การวิจัยที่ผ่านเกือบทั้งหมดเป็นการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล แต่ไม่มีการสนทนากลุ่มเพื่อสรุป
ความต้องการ ในส่วนแนวทางการช่วยเหลือก็เป็นข้อเสนอแนะที่เกิดจากมุมมองของผู้วิจัย ไม่มี
การสนทนากลุ่ม จึงไม่ได้เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง พื้นที่และ
กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูลก็เลือกตามบริบทของผู้วิจัย ไม่ใช่พื้นที่ซึ่งมีปัญหารุนแรง เช่น เขตพื้นที่

ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง ที่มีอัตราแม่วัยรุ่นสูงมากเป็นอันดับ 1 ของทุกเขต โดยเฉพาะจังหวัดระยองที่มีอัตราสูงเป็นอันดับ 1 ของเขต 6 ระยอง ติดต่อกันถึง 4 ปี ในจำนวน 5 ปี (ปี พ.ศ. 2551-2555) ผลของการวิจัยนี้ จะทำให้ได้ข้อมูลที่น่าไปสู่อุบัติความรู้ เพื่อใช้เป็นแนวทางการปรับตัวและแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่นในเขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง และแม่วัยรุ่นในพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลกระทบของการเป็นแม่วัยรุ่นในเขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง
2. เพื่อศึกษาการปรับตัวของแม่วัยรุ่นในเขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง
3. เพื่อศึกษาแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น

คำถามการวิจัย

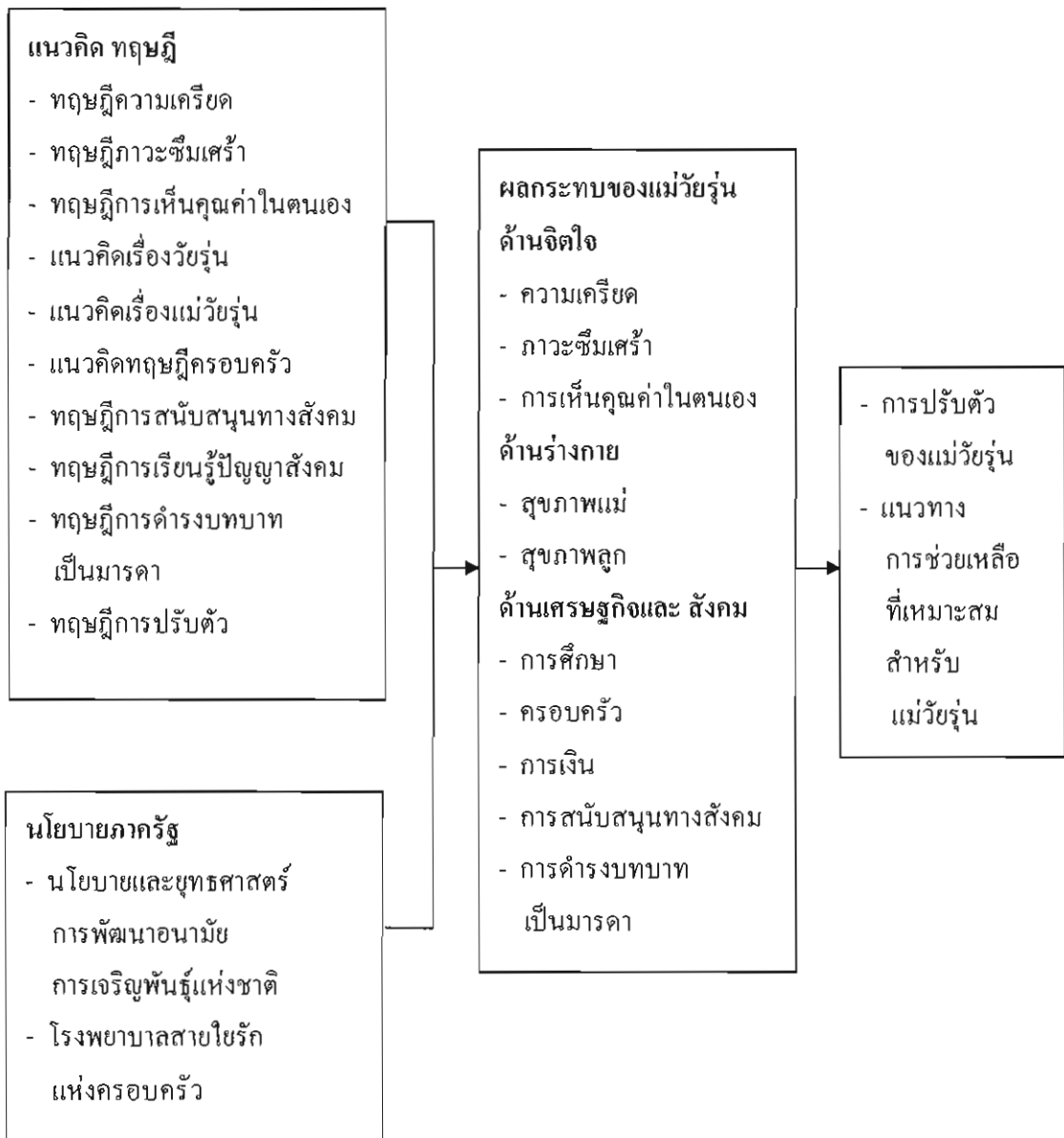
1. ผลกระทบที่เกิดจากการเป็นแม่วัยรุ่นในเขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง เป็นอย่างไร
2. แม่วัยรุ่นในเขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง ปรับตัวเป็นอย่างไร
3. แนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่นควรเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้มีการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีความเครียด ใช้แนวคิดจากนักทฤษฎีหลายท่าน เช่น Lovallo (1997) ที่กล่าวถึงการทำหน้าที่ของร่างกายในภาวะสมดุล Egel (1971) อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดความเครียด Murtagh (1997) กล่าวถึงการตอบสนองต่อความเครียดและ Lazarus and Folkman (1984) อธิบายถึงรูปแบบและปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด ในส่วนของทฤษฎีที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าใช้ทฤษฎีของนักจิตวิทยาและแนวคิดของแพทย์หลายท่านซึ่งแปลและเรียบเรียงโดยสายฝน เอกวารงกูร (2553) และสมภพ เรืองตระกูล (2549) เป็นแนวคิดในการวิจัย โดยจำแนกภาวะซึมเศร้าออกเป็น 2 ประเภท คือ ภาวะที่เป็นโรคทางจิตและภาวะที่เป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ ทฤษฎีการเกิดภาวะซึมเศร้าอาการ และปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งนับว่ามีความสำคัญ เพราะเป็นสาเหตุสำคัญ

ของการทำให้เกิดความสูญเสียเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิงไทย ในส่วนของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ได้รวบรวมจากงานวิจัยของนักจิตวิทยาหลายท่าน เช่น Beck (1996) และ Glover, Liddle, Taylor, Adams, and Sandler (1994) ที่แบ่งประเภทของภาวะซึมเศร้าตามระยะเวลาที่ปรากฏและอาการที่แสดงออก สำหรับการเห็นคุณค่าของตนเองใช้แนวคิดทฤษฎีของ Coopersmith (1984) ซึ่ง Coopersmith ได้แบ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยภายในและภายนอก องค์ประกอบต่าง ๆ และลักษณะการเห็นคุณค่าในตนเอง รวมทั้งแนวทางการส่งเสริมความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่นใช้แนวคิดจิตวิทยาพัฒนาการชีวิตที่แปลและรวบรวมโดยศรีเรือน แก้วกังวาล (2553) และสุชา จันทน์เอม (2540) ส่วนแม่วัยรุ่นใช้แนวคิดของเบญจพร ปัญญาภย (2553) ซึ่งทบทวนองค์ความรู้ของการเป็นแม่วัยรุ่น

ในด้านการสนับสนุนทางสังคมใช้แนวคิดของ Weiss (1974) ที่จำแนกการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การได้รับความรักใคร่ผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้มีโอกาสอุปถัมภ์ค้ำชูผู้อื่น การได้รับรู้ถึงควมมีคุณค่าของตนเอง การได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ร่วมกับทฤษฎีของ Pender, Murdaugh, and Parsons (2006) ซึ่งแบ่งการสนับสนุนออกเป็น 5 ระบบ ได้แก่ ตามธรรมชาติ จากเพื่อน จากองค์กรด้านศาสนา จากองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ และกลุ่มองค์กรอื่น ๆ รวมทั้งใช้ทฤษฎีของ Bandura (1989) เป็นแนวคิดของการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ซึ่งกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม สภาพแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล ในส่วนของครอบครัวใช้แนวคิดครอบครัวที่รวบรวม เรียบเรียง โดยสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2553) ซึ่งแบ่งครอบครัวออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ครอบครัวตามโครงสร้าง (Family structure) และครอบครัวตามหน้าที่ (Family function) สำหรับการดำรงบทบาทการเป็นมารดาใช้แนวคิดทฤษฎีของ Rubin (1967) และ Mercer (1995) ที่กล่าวถึงกระบวนการและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงบทบาทมารดา ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (Roy & Andrews, 1999) อธิบายการปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการทางบวกต่อสถานการณ์ ประกอบด้วยการปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านมโนคติ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ในส่วนของนโยบายภาครัฐได้ศึกษา นโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติและโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ซึ่งเป็นนโยบายระดับชาติที่มีการดำเนินงานร่วมกันของหลายกระทรวง เช่น สาธารณสุข มหาดไทย พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อให้การสนับสนุน ช่วยเหลือดูแลแม่ทั่วไป แม่วัยรุ่น และลูก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับแม่วัยรุ่น ลูก ครอบครัว ทั้งด้านจิตใจ ร่างกาย เศรษฐกิจ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นในสังคมและในภาพรวมของประเทศชาติ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ทำการศึกษาวิจัยแม่วัยรุ่นที่มีสัญชาติไทย โดยลูกอายุอยู่ระหว่างแรกเกิดจนถึง 3 ปี พักอาศัยอยู่ในจังหวัดเขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง ได้แก่ จังหวัดระยอง และมีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลที่เป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2557

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผลกระทบที่เกิดจากการเป็นแม่วัยรุ่น หมายถึง เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดกับแม่วัยรุ่น เนื่องมาจากการตั้งครรภ์ การคลอดลูก และเลี้ยงดูลูกในระหว่างการตั้งครรภ์จนกระทั่งลูกอายุครบ 3 ปี ประกอบด้วย

- ด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า การเห็นคุณค่าในตนเอง
- ด้านร่างกาย ได้แก่ สุขภาพแม่ สุขภาพลูก
- ด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การเงิน การศึกษา ครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม

การดำรงบทบาทเป็นมารดา

แนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น หมายถึง การดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการแม่วัยรุ่นและลูก เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ ร่างกาย เศรษฐกิจและสังคม ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แม่วัยรุ่น หมายถึง ผู้หญิงที่มีสัญชาติไทย คลอดลูกในขณะที่มีอายุต่ำกว่า 19 ปี บริบูรณ์ โดยถืออายุ ณ เวลาที่คลอดลูก และลูกอายุอยู่ระหว่างแรกเกิดจนถึง 3 ปี ซึ่งการคลอดเป็นที่เปิดเผยต่อครอบครัวตนเองและครอบครัวพ่อของลูก โดยเป็นผู้ที่สามารถอ่านออกและเขียนหนังสือได้

บุคคลในครอบครัว หมายถึง ผู้ที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่แม่วัยรุ่น ทั้งด้านอารมณ์ สุขภาพ สังคม ความรู้ สิ่งของและเงินทอง ได้แก่ สามี พ่อแม่ของแม่วัยรุ่น พ่อแม่สามี รวมทั้งญาติและบุคคลอื่น ๆ ที่พักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน

รายได้ต่อเดือนของครอบครัว หมายถึง จำนวนเงินทั้งหมดที่สมาชิกในครอบครัวที่แม่วัยรุ่นพักอาศัยอยู่ด้วย ทั้งที่เป็นพ่อแม่ตนเอง พ่อแม่สามี และบุคคลอื่น ๆ ซึ่งให้การสนับสนุนทางสังคมแก่แม่วัยรุ่นและลูก แต่ไม่รวมรายได้ของแม่วัยรุ่นและสามี โดยเปรียบเทียบเกณฑ์ มาตรฐาน คือ มากกว่า 35,000 บาท ต่อปี คิดเป็นรายได้ผ่านเกณฑ์

รายได้ต่อเดือนของแม่วัยรุ่น หมายถึง เงินที่ได้จากการประกอบอาชีพของวัยรุ่นหญิงที่เป็นผู้ให้ข้อมูล โดยไม่รวมเงินที่ได้รับการสนับสนุนจากพ่อแม่ผู้ปกครองตนเองหรือของสามี จำนวนสูงหรือต่ำ คิดเปรียบเทียบกับค่าแรงขั้นต่ำวันละ 300 บาท

รายได้ต่อเดือนของสามีของแม่วัยรุ่น หมายถึง เงินที่ได้จากการประกอบอาชีพของพ่อของลูกของแม่วัยรุ่น ซึ่งเงินจำนวนนี้ใช้เพื่อการดำรงชีพตนเอง แม่วัยรุ่น และลูก จำนวนสูงหรือต่ำ คิดเปรียบเทียบกับค่าแรงขั้นต่ำวันละ 300 บาท

การดำรงบทบาทเป็นมารดา หมายถึง การทำหน้าที่แม่ของผู้หญิงวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของตนเอง นับจากหลังคลอดจนกระทั่งลูกอายุ 3 ปี

การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ หมายถึง สถานการณ์ของการตั้งท้องที่ไม่ได้ตั้งใจ ไม่ได้มีการวางแผน ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการท้องและการคุมกำเนิด จากการถูกข่มขืน จนท้อง การท้องก่อนการสมรส ตลอดจนความไม่พร้อมในภาวะต่าง ๆ ด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งการไม่รับผิดชอบของพ่อของเด็กในท้อง

ความเครียด หมายถึง อาการแสดงทางร่างกายและจิตใจของแม่วัยรุ่นที่มีการปรับเพื่อให้เกิดความสมดุล โดยมีสาเหตุมาจากการตั้งครรภ์ การคลอดลูก และเลี้ยงดูลูก ประเมินโดยใช้แบบสอบถามของกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ แปลผลจากคะแนนรวม (ภาคผนวก)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการของการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม ซึ่งทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง โดยมีอาการเศร้า โศกเสียใจหรือความรู้สึกหดหู่เป็นอาการหลัก ประเมินโดยใช้แบบสอบถามของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย แบบประเมิน 2 Q จำนวน 2 ข้อ สำหรับการคัดกรองเบื้องต้น ซึ่งถ้าให้ผลบวกเพียงข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ ก็ต้องทำแบบประเมิน 9 Q จำนวน 9 ข้อ เพื่อประเมินระดับภาวะซึมเศร้า แปลผลจากคะแนนรวมของ 9 Q ถ้าคะแนนรวมของ 9 Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ต้องทำแบบประเมิน 8 Q ต่อ เพื่อประเมินความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย (ภาคผนวก)

การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความเชื่อและการนับถือตนเองของแม่วัยรุ่น ซึ่งเกิดจากความเชื่อมั่น ความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการกระทำในสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จตามที่ต้องการ

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่แม่วัยรุ่นซึ่งมีภาวะเลี้ยงดูลูก ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ได้แก่ สามี บิดามารดาตนเองและสามี ผู้ปกครอง ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน บุคคล องค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งการสนับสนุนประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านสิ่งของและเงิน

การเรียนรู้ปัญญาสังคม หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอกของแม่วัยรุ่นที่เกิดจากการได้รับความรู้ใหม่ ๆ โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในตัวบุคคลและสภาพแวดล้อม

การปรับตัวของแม่วัยรุ่น หมายถึง กระบวนการที่ร่างกายของแม่วัยรุ่นสามารถประสานการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองต่อเหตุการณ์หรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และสามารถแสดงบทบาทของตนเองได้เหมาะสม โดยประเมินจากภาวะสุขภาพจิต คือ ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้า การดำรงบทบาทเป็นมารดา ผนวกกับการประเมินตามทฤษฎีการปรับตัวของ Roy ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

- ด้านร่างกาย เป็นการประเมินเรื่องสุขภาพทั่วไป และพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อน การออกกำลังกาย การทำหน้าที่ของระบบประสาท

- ด้านมโนคติ เป็นการประเมินความคิดต่อสภาพร่างกาย เช่น ความพึงพอใจกับรูปร่าง ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย บุคลิกลักษณะของตนเอง เช่น ความเชื่อมั่นในตนเอง ความคาดหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

- ด้านบทบาทหน้าที่ เป็นการประเมินการแสดงบทบาทตามที่สังคมคาดหวัง โดยเน้นบทบาทของการเป็นแม่

- ด้านการพึ่งพาห้วงกัน เป็นการประเมินที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของแม่วัยรุ่นกับบุคคลในครอบครัวตามบทบาทหน้าที่เพื่อให้เกิดความมั่นคงในครอบครัวและทางสังคม ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมและบุคลิกลักษณะของแม่วัยรุ่นแต่ละคน

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลทุกระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

อนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง สุขภาพที่เกี่ยวกับกระบวนการและการทำหน้าที่ของระบบการสืบพันธุ์ของมนุษย์ตลอดช่วงชีวิต

เขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง (สปสช.เขต 6 ระยอง) หมายถึง จังหวัดที่อยู่ในเขตการจัดพื้นที่ในความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง ประกอบด้วย จังหวัดจันทบุรี ชลบุรี ฉะเชิงเทรา ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สมุทรปราการ และสระแก้ว

นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ หมายถึง กลวิธีและเป้าหมายในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ของทุกคน เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการจัดระบบบริการที่ได้มาตรฐานตามกระบวนการคุณภาพ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด การเลี้ยงลูกอายุ 0-5 ปี โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการพัฒนาคุณภาพการบริการ ซึ่งมุ่งหวังให้แม่-ลูกปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ การคลอด และลูกได้รับการเลี้ยงดูให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎี
 - 1.1 ทฤษฎีความเครียด
 - 1.2 ทฤษฎีภาวะซึมเศร้า
 - 1.3 ทฤษฎีการเห็นคุณค่าในตนเอง
 - 1.4 แนวคิดเรื่องวัยรุ่น
 - 1.5 แนวคิดเรื่องแม่วัยรุ่น
 - 1.6 แนวคิดทฤษฎีครอบครัว
 - 1.7 ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม
 - 1.8 ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม
 - 1.9 ทฤษฎีการดำรงบทบาทเป็นมารดา
 - 1.10 ทฤษฎีการปรับตัว
2. นโยบายภาครัฐ
 - 2.1 นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ
 - 2.2 โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแม่วัยรุ่น

แนวคิดทฤษฎี

ทฤษฎีความเครียด

ความเครียด หมายถึง ผลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีบทบาทต่อบุคคลนั้น รวมทั้งเหตุการณ์ทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้น (Lazarus & Folkman, 1984, p. 21) ซึ่ง Webster's Ninth New Collegiate Dictionary (1998 cited in Lovallo, 1997) ให้ความหมายว่าเป็นความตึงเครียดของร่างกายและจิตใจ ที่เป็นผลมาจากการทำหน้าที่เพื่อปรับให้เกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจ

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะซึมเศร้า พบว่า ความเครียดที่เกิดจากการถูกแยกจากคนรักทำให้เกิดความซึมเศร้า เกิดความสิ้นหวัง นอกจากความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความเครียดที่รุนแรงและเกิดในระยะเวลาสั้น ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (Ogawa, 2007)

ในเวลาปกติร่างกายจะรักษาสมดุลอยู่ด้วยการทำหน้าที่หรือกลไกของสมอง ระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบต่อมไร้ท่อ 4 ระบบ ได้แก่ (Lovallo, 1997)

1. การทำงานตามหน้าที่ของอวัยวะภายใน โดยเป็นปฏิกิริยาที่เกิดตามธรรมชาติ
 2. การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและการทำงานของต่อมไร้ท่อ
 3. การทำงานของก้านสมอง ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งทำงานร่วมกับระบบประสาทอัตโนมัติ และการทำงานของต่อมไร้ท่อ
 4. การทำงานของสมองส่วนกลาง บริเวณสมองที่อยู่เหนือไฮโปทาลามัส ที่มีผลกับการแสดงออกทางอารมณ์ ความจำ การรับรู้ ซึ่งควบคุมการทำงานของก้านสมองและไฮโปทาลามัส
- ความเครียดเป็นกลไกของร่างกายซึ่งจะหาทางป้องกันตนเอง เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ระบบต่าง ๆ ดังกล่าวจะทำหน้าที่เพื่อรักษาความสมดุล ซึ่งกลไกการรักษาความสมดุลจะส่งผลต่อการปรับตัวและการมีชีวิตอยู่ แต่กลไกดังกล่าวอาจเกิดความเสียหายหรือเสียสมดุล ถ้าความเครียดมีความรุนแรงและเกิดในระยะเวลาสั้น

สาเหตุของความเครียด

ความเครียดเกิดจากสาเหตุหลายประการ สามารถจำแนกสาเหตุได้ดังนี้ (Ogawa, 2007)

1. การสูญเสียหรือกลัวว่าจะสูญเสียสิ่งที่มีค่า เช่น การสูญเสียบทบาทหรือตำแหน่งหน้าที่ทางสังคม การสูญเสียอวัยวะบางส่วนในร่างกาย โดยมีรายละเอียดดังนี้
 - 1.1 การสูญเสียอวัยวะ ซึ่งอาจจะเกิดจากการได้รับอุบัติเหตุต่าง ๆ จากความเจ็บป่วยที่ต้องทำการผ่าตัด การสูญเสียความงามจนทำให้เสียภาพลักษณ์
 - 1.2 การสูญเสียความเป็นสมาชิกในสังคม เช่น การต้องออกจากกลุ่มทางการเมือง กลุ่มทางศาสนา กลุ่มวิชาชีพ
 - 1.3 การสูญเสียบุคคลที่มีความสำคัญ ทั้งที่เป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด บุคคลที่รัก ที่เคารพนับถือ มีความสำคัญต่อชีวิต หรือแม้แต่บุคคลที่เป็นผู้นำที่รักและศรัทธา
 - 1.4 การดำเนินงานล้มเหลวหรือเกิดอุปสรรคในการดำเนินงาน ทำให้เกิดความเสียใจ ความไม่แน่นอน
 - 1.5 การเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ทำให้ต้องมีการปรับตัว
 - 1.6 การสูญเสียต่าง ๆ ทั้งที่เป็นสิ่งของและสัตว์เลี้ยง

1.7 การตกงาน การเปลี่ยนงาน

2. การได้รับอันตรายหรือกลัวการเกิดอันตราย สัญชาตญาณของมนุษย์ คือ ต้องการความปลอดภัยในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการตามทฤษฎีของมาสโลว์ แต่เมื่อชีวิตไม่ปลอดภัย มนุษย์ต้องมีปฏิกิริยาในการต่อต้านและปกป้องตนเอง ซึ่งปฏิกิริยานี้ก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้

3. ความคับข้องใจเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามที่ต้องการ ที่อาจเป็นความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งนำไปสู่ความขัดแย้งและก่อให้เกิดความเครียดตามมา

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด

ปฏิกิริยาในการตอบสนองต่อความเครียดแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ปฏิกิริยาการตอบสนองด้านการทำหน้าที่ของร่างกายและด้านจิตใจ ซึ่งมีระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องดังนี้ (Murray, 1997)

1. ปฏิกิริยาการตอบสนองด้านการทำหน้าที่ของร่างกายต่อความเครียดในระบบต่าง ๆ ได้แก่

1.1 ระบบหมุนเวียนโลหิตและหัวใจ หัวใจสูบฉีดโลหิตเร็วและแรงขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ปริมาณออกซิเจนเพิ่มขึ้น มีการหลั่งสารบางชนิดเพิ่มขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

1.2 ระบบทางเดินอาหารเกิดการหลั่งน้ำย่อยมากขึ้น ทำให้เกิดโรคกระเพาะอาหาร แผลในลำไส้ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องอืด ท้องเสีย ท้องผูก ระบบย่อยอาหารทำงานผิดปกติ

1.3 ระบบหายใจ ทำให้มีการถ่ายเทอากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น (Hyperventilation) เกิดอาการหอบเกร็ง เกิดหอบหืด (Asthma)

1.4 ระบบกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดอาการตึงของกล้ามเนื้อ (Muscle tone) เพิ่มขึ้น เกิดอาการสั่น (Tremor)

1.5 ระบบขับถ่ายปัสสาวะ เกิดการบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อเรียบในกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะบ่อยขึ้น

1.6 ระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ผิวหนังเกิดเป็นลมพิษเรื้อรัง เริ่ม เรื้อน กวาง เหงื่อออกมาก

2. ปฏิกิริยาตอบสนองด้านจิตใจต่อภาวะเครียด ได้แก่

2.1 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพ เช่น พฤติกรรมถดถอย แยกตัว ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉื่อยชา อารมณ์แปรวนแปรง่าย

2.2 การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น โกรธง่าย ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

2.3 สูญเสียระดับของความรู้สึก ความจำ ความสนใจ สมาธิไม่ดี การตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง

2.4 ระบบความคิดถูกรบกวน ทำให้เกิดความวิตกกังวล ตึงเครียด สิ้นใจไม่ได้

2.5 เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ การรับรู้ของระบบประสาทสัมผัสผิดปกติ อาจทำให้เห็นภาพหลอน

2.6 สูญเสียความสนใจ ไม่มี ความสนใจที่จะพูดคุย ถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย ไวหรืออดทนต่อเสียงรบกวนได้น้อย (Hypersensitivity to noise)

2.7 มีความผิดปกติในการใช้ภาษาหรือการสื่อสาร เช่น การพูดซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิม พูดในเรื่องที่ไม่เกี่ยวกับปัจจุบัน แบบแผนการพูดและการออกเสียงผิดปกติ

2.8 ใช้กลไกการป้องกันตนเองโดยไม่รู้ตัว เช่น การกล่าวโทษผู้อื่น การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง การมีความคิดเพื่อฝัน

2.9 มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง เช่น การแยกตัว การทำตัวเป็นเด็ก ๆ

สรุปว่า ความเครียดเกิดจากการปรับตัวของบุคคลเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม เพื่อเป็นการรักษาความสมดุลของร่างกาย ความเครียดเป็นสาเหตุเบื้องต้นที่สำคัญของการเจ็บป่วยทางร่างกาย เช่น ทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคที่เกี่ยวข้องกับทางเดินอาหาร รวมทั้งการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจหลายภาวะอาการ เช่น ทำให้เกิดความวิตกกังวล และการปรับตัวที่ไม่ปกติ

การเผชิญความเครียด (Coping)

การเผชิญความเครียด หมายถึง ความพยายามที่บุคคลที่ต้องการเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม เพื่อต้องการจัดการกับความเครียดภายในและหรือภายนอก โดยที่บุคคลประเมินว่า ต้องใช้ความสามารถอย่างมากซึ่งมีอยู่ในตัวบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141)

รูปแบบการเผชิญความเครียด (Coping responses)

เมื่อบุคคลประสบกับความเครียด บุคคลจะต้องหารูปแบบหรือวิถีลดความเครียด ซึ่ง Lazarus and Folkman (1984) ได้แบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 แบบ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา

1. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused forms coping) บุคคลจะใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดรูปแบบนี้ เมื่อประเมินสถานการณ์และพบว่าไม่สามารถควบคุม แก้ไขภาวะคุกคาม หรือสิ่งแวดล้อมได้ ซึ่งแบ่งย่อยออกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่

1.1 รูปแบบที่ใช้กระบวนการทางความคิดที่ทำให้อารมณ์ตึงเครียดลดลง เช่น การหลีกเลี่ยง การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์น้อยลง การพยายามอยู่ห่างจากเหตุการณ์ การเปรียบเทียบเพื่อหาข้อดี และมองหาค่าคุณค่าของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

1.2 รูปแบบที่ใช้กระบวนการทางความคิดที่ทำให้อารมณ์ตึงเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งรูปแบบการเผชิญความเครียดแบบนี้ใช้กันไม่มากนัก โดยบุคคลต้องการให้มีความเครียดในระยะแรกและทำอารมณ์หรือสถานการณ์ให้ดีขึ้นในระยะหลัง เช่น การดำเนินตนเอง การกระทำบางอย่างในลักษณะการลงโทษตนเอง

1.3 รูปแบบอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้ใช้กระบวนการทางความคิด แต่เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อให้ลืมปัญหา เช่น การระบายความโกรธ การดื่มสุรา การใช้สิ่งเสพติด การทำสมาธิ

2. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused forms coping) เป็นการจัดการหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุของปัญหา กระบวนการแก้ปัญหา มีลักษณะคล้ายกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ คือ มีการกำหนดปัญหา หาวิธีการหรือหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี โดยพิจารณาจากค่าใช้จ่ายและประโยชน์ที่เกิดขึ้น แล้วจึงเลือกวิธีที่เหมาะสม ซึ่งดูได้จากวัตถุประสงค์ การวิเคราะห์กระบวนการที่เน้นสิ่งแวดล้อมเป็นอันดับแรก การเผชิญความเครียดรูปแบบนี้เป็นกลวิธีการแก้ปัญหาโดยตรง

ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด

บุคคลมีวิธีการและรูปแบบการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน ดังที่กล่าวมาแล้ว การที่บุคคลจะเลือกวิธีการใด ย่อมขึ้นอยู่กับตัวบุคคลเองและสิ่งแวดล้อม ซึ่ง Lazarus and Folkman (1984) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างในการเผชิญความเครียดดังนี้

1. ภาวะสุขภาพและพลังกำลังของบุคคล (Health and energy) ภาวะสุขภาพหลายอย่างมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดเป็นอย่างมาก ถึงแม้จะไม่ใช้ทั้งหมดก็ตาม แต่การเผชิญกับสิ่งคุกคามในบุคคลที่อ่อนแอ เจ็บป่วย ย่อมมีพลังที่จะต่อต้านความเครียดได้น้อยกว่าคนที่มีสุขภาพดี คนที่แข็งแรงย่อมส่งผลถึงการมีชีวิตที่มีความผาสุก ซึ่งทำให้มีความอดทนต่อการเผชิญสิ่งคุกคามที่เลวร้ายได้เป็นอย่างดี

2. ความเชื่อทางบวก (Positive beliefs) คนที่มีความคิดทางบวกนับว่ามีความสำคัญด้านจิตใจในการที่ต้องเผชิญกับความเครียด รวมทั้งความเชื่อที่เป็นพื้นฐานที่ทำให้เกิดความหวัง ทำให้เกิดแรงบันดาลใจ (Inspirational) บุคคลที่มีความคิดบวกจะรู้จักประยุกต์ใช้สิ่งแวดล้อมมาช่วยในการแก้ปัญหา ดังนั้น รูปแบบการเผชิญความเครียดของคนคิดบวก คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา โดยมีงานวิจัยหลายเรื่องที่สรุปว่า การควบคุมความคาดหวังมีความสัมพันธ์ต่อชนิดของพฤติกรรมที่ใช้ในการเผชิญความเครียด

3. ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem-solving skills) ทักษะในการแก้ปัญหานี้ จะรวมถึงความสามารถของบุคคลในการค้นหาข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ แล้วนำมาวิเคราะห์ กำหนดวัตถุประสงค์หาแนวทางในการแก้ปัญหาโดยการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ดำเนินการแก้ปัญหา

ประเมินผลการแก้ปัญหา ทักษะในการแก้ปัญหามาจากการสะสมประสบการณ์ด้วยตนเอง คนที่มีการสะสมความรู้ ก็จะมีความคิด มีความสามารถที่จะนำความรู้มาใช้ในการแก้ปัญหา และมีความสามารถในการควบคุมตนเอง

4. ทักษะทางสังคม (Social skills) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่สำคัญ เพราะเป็นที่ทราบกันดีว่า บทบาททางสังคมทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว ซึ่งการปรับตัวของบุคคลย่อมส่งผลต่อไปยังเรื่องของการสื่อสารและการมีพฤติกรรมในสังคมอย่างเหมาะสม ทักษะทางสังคมมีความสำคัญมาก เนื่องจากสามารถพัฒนาไปใช้ในงานต่าง ๆ เช่น โปรแกรมบำบัดเพื่อให้บุคคลมีการจัดการปัญหาในชีวิตประจำวันและใช้ในองค์กรเพื่อการพัฒนาการสื่อสารระหว่างบุคคลในองค์กร

5. การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องในสังคมและเครือข่ายสังคม ทำให้บุคคลที่ประสบปัญหาามีแหล่งทรัพยากรที่จะให้การช่วยเหลือ สนับสนุน เพื่อการแก้ปัญหา ซึ่งได้กล่าวไว้อย่างละเอียดในหัวข้อการสนับสนุนทางสังคม

6. แหล่งทรัพยากรด้านวัตถุ (Material resources) หมายถึง เงิน สิ่งของ และบริการที่สามารถใช้เงินซื้อได้ ซึ่งนับว่ามีความสำคัญต่อสถานะเศรษฐกิจ ความเครียด และการปรับตัว บุคคลที่มีเงินและมีความสามารถในการใช้เงินอย่างมีประสิทธิภาพก็จะมีวิธีเผชิญความเครียดที่ดีกว่าคนที่ไม่มีเงิน บุคคลที่มีทรัพย์สินก็จะทำให้มีชีวิตความเป็นอยู่ด้านที่พักอาศัย ด้านการแพทย์ การเงินที่ดี

การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยการผสมผสานระหว่างการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ซึ่งทั้ง 2 รูปแบบ ก็อาจส่งผลทั้งดีและเสีย ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ของแต่ละบุคคล รวมทั้งคุณสมบัติของบุคคลและสิ่งแวดล้อม

ทฤษฎีภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสุขภาพจิต (Mental health problem) และจิตเวช (Psychiatric disorder) พบทุกประเทศทั่วโลก โดยพบประมาณร้อยละ 21 และเป็นสาเหตุหลักของการฆ่าตัวตาย (Suicide) โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกทำนายว่า ในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเป็นอันดับสอง รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสาธารณสุขในภาพรวมทั้งทางตรงและทางอ้อม โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALY) เมื่อวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากความพิการและความเจ็บป่วย พบว่า

โรคซึมเศร้าทำให้เกิดความสูญเสียเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิงไทย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550; สายฝน เอกวารงกูร, 2553)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีอาการเศร้าโศกเสียใจหรือความรู้สึกหดหู่ และยังหมายถึง โรคซึ่งอารมณ์ซึมเศร้าเป็นอาการสำคัญ อาการที่มักพบร่วมกับอาการซึมเศร้า คือ หดห้วง สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดำเนินตัวเอง ความรู้สึกไม่สามารถช่วยตนเองได้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง มองโลกในแง่ร้าย และเบื่อหน่ายสิ่งต่าง ๆ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการของการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดลง ซึ่งองค์ประกอบแต่ละด้านจะมีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกัน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550; สายฝน เอกวารงกูร, 2553) โดยแบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549; สายฝน เอกวารงกูร, 2553)

1. ภาวะซึมเศร้าที่เป็นโรคทางจิต (Psychiatric disorder) เป็นภาวะที่บุคคลไม่สามารถควบคุมตนเองได้ แบ่งออกเป็น 3 โรค ดังนี้

1.1 โรคซึมเศร้า (Major depression/ Depressive disorder) มีอาการซึมเศร้าเป็นอาการนำ และแสดงออกชัดเจนที่สุด นอกจากนั้นยังมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น ท้อแท้ หดหู่ ย้ำว้าง นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด รู้สึกไม่มีคุณค่าในตัวเอง อาจมีภาวะไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง (Out of reality) เช่น การเห็นภาพหลอน (Hallucination) การหลงผิด (Illusion) การรู้จักตนเองลดลง (Poor insight) อาการดังกล่าวมักเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวแล้วหายไป แต่สามารถเกิดขึ้นได้บ่อย ทำให้รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน

1.2 โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) ลักษณะเด่นของโรคนี้คือ อารมณ์สลับกันระหว่างซึมเศร้า (Depression) กับครื้นเครง (Mania/ Hypomania) โดยอาจเป็นอย่างรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไป ช่วงที่มีอาการซึมเศร้าอาจมีอาการมากบ้างหรือน้อย แต่ถ้าเป็นช่วงครื้นเครงจะมีพลังสูง พุดมาก เข้าก็เข้าการ ทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย ลักษณะอาการดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อความรู้สึกทางอารมณ์ ความคิด การตัดสินใจ พฤติกรรม และอาจหลงผิดคิดว่าตนเองเป็นใหญ่ (Grandiose)

1.3 โรคประสาทซึมเศร้าหรือเศร้าเรื้อรัง (Dysthymic disorder) ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าเกือบทั้งวัน เรื้อรังติดต่อกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี ร่วมกับอาการเหล่านี้อย่างน้อย 2 อาการ ได้แก่ เบื่ออาหารหรือกินจุ (Appetite change) แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง (Sleep pattern change) ไร้เรี่ยวแรง (Low energy or fatigue) รู้สึกว่าตนเองมีค่าน้อย (Low self-esteem) ไม่มีสมาธิหรือความสามารถในการตัดสินใจลดลง (Difficulty concentrating or making decision)

ท้อแท้สิ้นหวัง (Feeling of hopelessness) แต่ต้องไม่มีพยาธิสภาพของ โรคทางกายซึ่งเป็นสาเหตุของโรค

2. ภาวะซึมเศร้าที่เป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์/ ประสบการณ์ในชีวิต (Response to experience) แบ่งออกเป็น 2 ภาวะดังนี้

2.1 ภาวะการปรับตัวผิดปกติร่วมกับการมีอารมณ์เศร้า (Adjustment disorder with depressed mood) คือ ปฏิกริยาซึมเศร้าของบุคคลที่มีสาเหตุมาจากภาวะกดดันของสิ่งเร้าที่ต้องเผชิญ และก่อให้เกิดความเครียด (Stress) โดยบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม จึงเกิดอาการทางคลินิกตามมา เช่น เกิดความเครียดจากการเรียน การทำงาน การประสบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ อาการเหล่านี้มักเกิดภายใน 3 เดือน หลังบุคคลเผชิญความเครียด ถ้าสามารถแก้ไขได้ภายในระยะเวลา 6 เดือน ก็จะหายเป็นปกติ อาการเหล่านี้จัดอยู่ในกลุ่ม Non-psychotic

2.2 การเศร้าโศกเสียใจที่เกิดจากการสูญเสีย (Grief and bereavement) คือ ภาวะซึมเศร้าที่มีสาเหตุเกิดจากการสูญเสีย (Loss) สิ่งของหรือบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งมีความหมายและความสำคัญต่อชีวิต อาการและอาการแสดงที่พบทั่วไปประกอบด้วย อารมณ์เศร้า หงุดหงิด เบื่อหน่าย ไม่อยากเข้าสังคม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร สมาธิสั้น รู้สึกผิด รู้สึกโกรธ ไม่ยอมรับการสูญเสีย ถ้าพบว่ามีอาการเหล่านี้ ต้องได้รับการช่วยเหลือ การปล่อยทิ้งไว้ให้มีอาการนานเกิน 2 เดือน อาจทำให้เกิดสูญเสียการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันหรือมีความคิดทำร้ายตนเอง

ทฤษฎีการเกิดภาวะซึมเศร้า

ในปัจจุบันมีทฤษฎีที่กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าหลายทฤษฎี ซึ่งสายฝน เอกวางกูร (2553) และสมภพ เรืองตระกูล (2549) ได้แปลและรวบรวมไว้ดังนี้

1. ทฤษฎีที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในเด็ก โดยเน้นที่บิดามารดา ซึ่งอาจจะเกิดจากพฤติกรรมสัมพันธ์ภาพของบิดามารดาที่มีต่อกันและมีต่อบุตร การแยกทางของบิดามารดา การสูญเสียบิดามารดา ซึ่งจะส่งผลในระยะยาว ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่

2. ทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพ บุคลิกภาพเป็นการแสดงออก โดยมีพื้นฐานมาจากอารมณ์พื้นฐานอารมณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Depressive temperament) ได้แก่ อารมณ์เศร้าหมอง ไม่มีอารมณ์ขัน กังวล มองโลกในแง่ร้าย เก็บตัวแยกตัว ขอมคน ชอบอยู่เฉย ๆ หมกมุ่นครุ่นคิด สงสัย ชอบบ่น ต่ำหนีดัวเอง มีความสามารถแต่ชอบพึ่งผู้อื่น

3. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้ามาจากความล้มเหลวในการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นในวัยเด็ก ซึ่งถูกเก็บกดไว้ภายในจิตใจ เมื่อมีภาวะซึมเศร้าจะถูกกระตุ้นขึ้นมา ทำให้รู้สึกวุ่นวายใจ

4. ทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้การเข้าใจ Beck (1996) เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการรับรู้และการเข้าใจ (Cognition) ที่คลาดเคลื่อน แนวความคิดที่เบี่ยงเบนที่เกิดขึ้น ทำให้รู้สึกว่าคุณเองพ่ายแพ้ การตอบสนองทางอารมณ์ผิดปกติ บุคคลจะเกิดความรู้สึกไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงเกิดพฤติกรรมแบบสยบยอม

5. ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดในสังคม ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้า คือ การดำเนินชีวิตที่มีความเครียดแต่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

6. ทฤษฎีทางชีวประสาท ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของสมองบริเวณ Subcortical และ Limbic system โดยมีความบกพร่องของสารสื่อประสาท Norepinephrine, Serotonin และ Dopamine

7. ด้านจิตใจ พบว่า ผู้ที่มีปัญหาด้านจิตใจอย่างรุนแรง เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียอวัยวะ การสูญเสียทรัพย์สินสิ่งของ การสูญเสียภาพลักษณ์ ความรัก ความหวัง และมีการนำทฤษฎีต่าง ๆ มาอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ทฤษฎีการสูญเสียและความเศร้าโศก (Grief and loss theory)

8. ด้านสิ่งแวดล้อมและสิ่งเร้า ซึ่งใช้ทฤษฎีทางด้านสังคมเข้ามาอธิบายการเกิด โดยมองว่า ลักษณะสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมแวดล้อมมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากทำให้บุคคลเกิดความแปรปรวน ขาดความสมดุล รวมทั้งเป็นสิ่งเร้า (Stimuli) ที่เข้ามาคุกคามภาวะสมดุล ผู้ที่สามารถปรับตัวได้ก็จะผ่านพ้นภาวะวิกฤติเหล่านั้นได้ ส่วนผู้ที่ปรับตัวไม่ได้ก็จะเกิดความเครียดวิตกกังวล รู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า หวาดระแวงคนรอบข้าง แยกตัวออกจากสังคม และเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด

ลักษณะทางคลินิก

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการแสดงอาการแสดงออกด้านต่าง ๆ ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549; สายฝน เอกวารงกูร, 2553)

1. การแสดงออกด้านอารมณ์

อารมณ์เศร้าเป็นอาการหลักของภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกที่แสดงถึงอารมณ์เศร้าประกอบด้วยหลายอาการ เช่น สีหน้าเป็นทุกข์ เฉยชา เฝือขริม หงอยเหงา ซึม รู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ไร้คุณค่า โดยที่อารมณ์เหล่านี้อาจไม่คงที่ เกิดขึ้นในบางเวลา โดยทั่วไปอารมณ์จะเกิดมากในตอนเช้าและดีขึ้นในตอนเย็น ผู้ป่วยที่พบแพทย์บางคนไม่พูดหรือพูดไม่ถูกเกี่ยวกับอารมณ์ของตนเอง

อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว โกรธ กระทบกระวายเป็นอารมณ์เหล่านี้พบในผู้ป่วยซึมเศร้าเกือบทุกราย โดยเจ้าตัวรู้สึกได้แต่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ทำให้เกิดความสับสน ว้าวุ่น ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามที่ต้องการ ไม่เข้าใจตนเอง ไม่มั่นใจ ทำให้บุคคลรู้สึกโกรธและตำหนิตนเอง

ความรู้สึกเบื่อหน่าย เหนื่อยหน่าย หหมดความสนใจ ทำให้บุคคลเปลี่ยนไป เกิดพฤติกรรมไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจกิจกรรมที่จะทำให้เกิดความสนุก หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม การเข้ากลุ่มกับเพื่อน ความรู้สึกทางเพศลดลง ถ้าอาการรุนแรงจะไม่สนใจการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สนใจรูปร่างหน้าตา ปล่อยปะละเลยตนเอง

ความรู้สึกผิด ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักตำหนิตนเอง โทษตนเอง รู้สึกผิดกับการกระทำของตนเอง ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของตนเอง ทำให้การปฏิบัติหน้าที่ในสังคมขาดประสิทธิภาพ บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ารู้สึกผิดอย่างมากกับเรื่องที่เกิดขึ้นแม้จะเป็นเรื่องเล็กน้อย เรื่องที่ไม่สำคัญ ทำให้มีการลงโทษตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น คิดว่ากล่าวตนเอง คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่มีอนาคต เกิดความเบื่อหน่ายในตนเอง แยกตัว

ความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ความรู้สึกนี้เป็นอาการที่สำคัญของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีความรู้สึกว่าตนเองผิด รู้สึกแย่น้อยใจ เสียใจกับภาพลักษณ์และพฤติกรรมของตนเอง คิดว่าตนเองเป็นสาเหตุของความเลวร้ายทั้งหมด ไม่มีใครต้องการ ไม่มีใครเห็นคุณค่า ไม่มีความหมายกับทุกคน คิดว่าการมีชีวิตอยู่ของตนเองเป็นภาระกับคนรอบข้างและสังคม คิดว่าการตายของตนเองจะทำให้ทุกอย่างดีขึ้น ซึ่งความรู้สึกนี้จะนำไปสู่พฤติกรรมการทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายในที่สุด

2. การแสดงออกด้านความคิด

ความคิดเชิงซ้ำ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะคิดหรือปฏิบัติกิจกรรมซ้ำลง คิดไม่ออกในเรื่องทั่ว ๆ ไป ที่เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน บางครั้งความคิดหยุดชะงัก (Blocking) โดยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ทำให้รู้สึกผิดและคับข้องใจ โทษตนเองว่าไร้ความสามารถ

ไม่มีสมาธิหรือมีความลังเล ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะขาดสมาธิ ลืมง่าย มีอาการกระทบกระวายประหม่า ไม่มั่นใจในตนเอง ทำให้ประสิทธิภาพในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง พุดคุยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในช่วงเวลาสั้น ๆ

ความคิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย ความคิดนี้มีความสัมพันธ์อย่างสูงกับการเกิดภาวะซึมเศร้า และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (Severe depression) และระดับที่เป็นโรค (Major depression) โดยพฤติกรรมที่แสดงของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงการฆ่าตัวตายที่สังเกตเห็นได้ชัด คือ การแยกตัว ซึม พุดสังเสียด มักพุดว่า “ถ้าไม่มีฉันปัญหาทุกอย่าง

คงจะดีขึ้น” สภาพจิตใจของบุคคลมีความเปราะบาง การมีเรื่องมากระทบจิตใจเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ก็มีโอกาสดำตัวตายสูงมาก ดังนั้น ถ้ามีการประเมินภาวะซึมเศร้าจึงต้องมีการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายควบคู่กันไป

ความสามารถในการคิดและการตัดสินใจลดลง โดยมีความคิดวนเวียนซ้ำไปมาเกี่ยวกับความทุกข์ของตนเอง รู้ว่าความคิดนั้น ไม่มีเหตุผลแต่ไม่สามารถควบคุมได้ รู้สึกสับสน ไม่นั่นใจ ไม่กล้าตัดสินใจ ตื่นกลัวกับสิ่งเร้า กังวลอย่างมากกับสิ่งที่ยังมาไม่ถึง คิดถึงแต่สิ่งเลวร้าย มองสิ่งรอบข้างเป็นทางตัน มองไม่เห็นทางออก

มีความคิดในทางลบกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะรู้สึกสิ้นหวังในตัวเอง รู้สึกไร้ความรักความเข้าใจจากบุคคลที่สำคัญในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตมีคัมมิแต่ความว่างเปล่า ขาดความไว้วางใจบุคคลรอบข้างและสิ่งแวดล้อม หวาดกลัว ขาดความมั่นคง ปลอดภัย กลัวอันตรายจากสิ่งแวดล้อม ขาดความหวังและความมั่นใจที่จะมีชีวิตอยู่ เนื่องจากมองไม่เห็นอนาคต คิดถึงความตาย ทำให้พยายามทำร้ายตนเอง

3. การแสดงออกด้านพฤติกรรม (Behavioral)

ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นแย่ง บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ารู้ว่าไม่มีใครเข้าใจ ทำให้ไม่ไว้วางใจและไม่รู้สึกปลอดภัยที่จะอยู่กับคนอื่น ส่งผลให้การติดต่อกับผู้อื่นลดลง ขาดเพื่อน ขาดญาติ แยกตัวสร้างขอบเขต (Boundary) สร้างโลกส่วนตัวและใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับตัวเอง โดยไม่เปิดโอกาสให้ผู้อื่นเข้ามาในโลกของตน

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะปฏิเสธและหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมสังคมกับบุคคลคนอื่น เนื่องจากรู้สึกไม่มั่นใจ รู้สึกกังวลอึดอัด รับรู้ว่าตนเองไม่สามารถทำกิจกรรมได้สำเร็จตามที่ควรจะเป็น ไม่รู้ว่าควรวางตัวอย่างไร

ความตื่นตัวในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะไม่สนใจตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจที่จะรับรู้หรือตอบสนองสิ่งเร้าภายนอก คิดไม่ออกว่าต้องทำอะไรบ้างในแต่ละวัน แม้แต่กิจวัตรประจำวันง่าย ๆ

ร้องไห้ง่าย เนื่องจากอารมณ์ที่เกิดส่วนใหญ่คืออารมณ์เศร้า ทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล อยู่เฉย ๆ น้ำตาก็ไหลออกมาเอง หยุกร้องไห้ยาก รู้สึกว่าไร้เรี่ยวแรง

มีความคิดอยากตาย/ ฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมักมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เนื่องจากคิดว่าควรตายไปเสียจะดีกว่า จึงครุ่นคิดถึงการฆ่าตัวตายอยู่ตลอดเวลา โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมีการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง

4. การแสดงออกทางกาย

อาการทางกายพบได้ในหลายลักษณะ โดยขึ้นอยู่กับอวัยวะที่ตอบสนองต่อภาวะตึงเครียดของจิตใจ (Shock organ) เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเสีย ท้องผูก อาการต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับ การตอบสนองของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจเกิดเพียงอาการเดียวหรือหลายอาการร่วมกัน ได้แก่ นอนไม่หลับ ตื่นเร็วหรือบางรายนอนหลับมากเกินไป อาการอ่อนเพลีย อาการเบื่ออาหาร การจับถ้ำ ผิดปกติ

การนอนไม่หลับ มักพบว่าเป็นอาการเริ่มต้นทางกายของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า หรืออาจมีอาการนอนหลับยาก หลับไม่สนิท ผันรำย ตื่นบ่อย มีอาการนอนไม่หลับตอนปลาย คือ การตื่นในตอนดึก หรือตื่นเชากว่าปกติ (Early morning insomnia) ทำให้ไม่อยากจะลุกจากที่นอน หลังตื่นนอนรู้สึกไม่สดชื่น รู้สึกว่านอนหลับไม่เต็มตา

อาการอ่อนเพลีย ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะรู้สึกเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย อ่อนล้า หดกำลัง ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ มักให้ประวัติว่าตนเองรู้สึกเหนื่อย ไม่มีเรี่ยวแรง ไม่สดชื่น ไม่มีพลังต่อสู้ แม้จะเป็นเหตุการณ์ง่าย ๆ ในชีวิตประจำวัน เวลาส่วนใหญ่จะใช้เวลาอยู่กับการนอน

อาการเบื่ออาหาร ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะรู้สึกเบื่ออาหาร ไม่หิว การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนแปลงไป น้ำหนักตัวลด อาจทำให้เกิดโรคแผลในกระเพาะอาหารเนื่องจากการหลั่งกรดตามปกติ แต่ไม่มีการรับประทานอาหาร

การจับถ้ำผิดปกติ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้สมองมีการหลั่งฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoid) ซึ่งมีผลต่อระบบทางเดินอาหาร เกิดการกระตุ้นและยับยั้งการเคลื่อนไหวของลำไส้ จึงทำให้เกิดอาการท้องผูกและท้องเสียในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

อาการและอาการแสดงของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันตามระดับความรุนแรง (Severity) และเพื่อเป็นการวิเคราะห์ ประเมินผลการรักษาได้อย่างถูกต้อง ความรุนแรงแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ (American Psychiatric Association, 2000)

1. ระดับเล็กน้อย (Mild depression) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับนี้ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ หรือปกติ ยังไม่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต
2. ระดับปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตบ้างเป็นบางครั้ง ทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่สามารถดำเนินได้ตามปกติ ในบางช่วงเวลา
3. ระดับรุนแรง (Severe depression) ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ จำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาล แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม อาการก็จะพัฒนาต่อไปเป็นโรคซึมเศร้า (Major depression)

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิต เป็นภาวะที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ และยังเป็น การเจ็บป่วยทางจิต โดยมีอาการและการแสดงออกด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เป็นสาเหตุหลักของการฆ่าตัวตาย โดยมีแนวโน้มการเกิดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิง

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า

การเกิดภาวะซึมเศร้ามีปัจจัยหลายประการ ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของแต่ละบุคคล โดยมีปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. กรรมพันธุ์ (Genetics) พบว่า การมีบรรพบุรุษ บิดามารดาที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ทำให้สมาชิกครอบครัวมีโอกาสมีภาวะซึมเศร้าหรือป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากขึ้น (Weissman, 2009) โดยถ้าพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า ลูกมีโอกาสเป็นโรคประมาณร้อยละ 27 ถ้าเป็นทั้งพ่อและแม่ ลูกมีโอกาสเป็นถึงร้อยละ 54 ในขณะที่ฝาแฝดแท้มีโอกาสเป็นถึงร้อยละ 70 แต่ถ้าเป็นฝาแฝดเทียมมีโอกาสเป็นร้อยละ 24
2. เพศ (Gender) ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงพบมากกว่าเพศชายประมาณ 2-3 เท่า ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากฮอร์โมนของเพศหญิงในช่วงที่เกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ เช่น การมีประจำเดือน การคลอดบุตร วัยหมดประจำเดือน (Lynch, Glod & Fitzgerald, 2001) การเผชิญความเครียดของเพศหญิงที่มีมากกว่าเพศชายจากค่านิยมของสังคม ซึ่งทำให้เกิดความเก็บกด ความขัดแย้ง ความคับข้องใจ แต่อัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง (สายฝน เอกวางกูร, 2548; เรวดี เพชรศิริสาธิต, สายฝน เอกวางกูร และนัยนา หนูนิล, 2549)
3. อายุและช่วงวัย ในแต่ละช่วงวัยมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งสิ้น ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ แต่เงื่อนไขในการเกิดแตกต่างกัน
4. ความผิดปกติของชีวเคมีในสมอง (Biochemical theory of depression) ในปัจจุบันมีความเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุจากความพร่องของสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ของกลุ่มไบโอเจเนติกเอมีนส์ (Biogenic amines) ได้แก่ อินโดเลมีนส์ (Indoleamines) หรือซีโรโทนิน (Serotonin) และกลุ่มของแคทีโคลามีนส์ (Catecholamines) ได้แก่ นอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) และโดปามีน (Dopamine) มีความลดลงจากกระบวนการดูดกลับที่ผิดปกติ และมีการดูดกลับมากเกินไปในเซลล์ประสาทส่งต่อ (Pre-synaptic neuron) ผลของความผิดปกติดังกล่าวทำให้บุคคลมีอาการเศร้า รู้สึกหดหู่ ท้อแท้ ไร้สุข สิ้นหวัง ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการทำงาน ถ้าปล่อยให้มีอาการในระยะยาวอาจทำให้บุคคลมีภาวะของการซึมเศร้าได้ในที่สุด
5. รูปแบบการเลี้ยงดูจากครอบครัว จากผลการศึกษาจำนวนมากที่ยืนยันว่า รูปแบบการเลี้ยงดูจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญสูงสุดของการเริ่มต้นวิธีการคิด ความรู้สึก สุขภาพจิต

กลไกทางจิตและบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า (Linnen, Rot, Ellenbogen & Young, 2009) โดยเด็กที่ถูกเลี้ยงดูแบบทารุณกรรมทั้งคำพูดและการกระทำมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเด็กทั่วไป (Finfgeld-Connett, 2005)

6. ความคิด (Cognitive) มีผลการวิจัยที่ทำการศึกษารูปแบบและกระบวนการคิดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า บุคคลเหล่านี้มองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในทางลบ ซึ่งส่งผลให้ความพึงพอใจในตนเองลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกไร้คุณค่า สิ้นหวัง (Brown, 2001)

7. บุคลิกภาพ (Personality) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีบุคลิกภาพแบบขอมตาม (Passive) คือ ให้ความสำคัญกับคำพูด ความคิด ความรู้สึก และความต้องการของคนอื่นมากกว่าตนเอง ไม่กล้าแสดงความต้องการของตนเอง ไม่กล้าขัดใจและปฏิเสธผู้อื่น

8. กลไกการป้องกันทางจิต (Defend mechanisms) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ เมื่อเกิดภาวะคับข้องใจจะใช้กลไกการเก็บกด (Repression) และการแยกตัว (Isolation) ซึ่งเป็นกลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ปัญหาด้านอารมณ์และการปรับตัว ถ้ากลไกดังกล่าวถูกใช้บ่อย ๆ จะทำให้บุคคลรู้สึกหมกหมัว ท้อแท้ และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Hill, Chadha, & Osterman, 2008)

9. การมีโรคเจ็บป่วยทางกาย โดยพบผู้ที่เป็็น โรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน ผู้ที่สูญเสียอวัยวะ การได้รับอุบัติเหตุทางสมอง ผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าบุคคลทั่วไป รวมทั้งการได้รับยาเพื่อการรักษาโรคบางโรค เช่น ยา Methylidopa, Steroids, และ Cimetidine

10. ผู้ที่ใช้สารเสพติด พบว่า กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดมักเป็นผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Low self-esteem) ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายเนื่องจากบุคคลเหล่านี้เป็นผู้ที่มีอารมณ์รุนแรง ควบคุมไม่ค่อยได้ ความคิดไตร่ตรองไม่ดี และการเสพติดทำให้เสียบสมดุลของสารสื่อประสาท จึงเกิดอาการทางจิตประสาทได้ง่าย (Veselska, Geckova, Orosova, Gajdosova, Van Dijk, & Reijneveld, 2009)

การประเมินและการคัดกรองภาวะซึมเศร้า

เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวสำเร็จ การประเมินเพื่อค้นหาภาวะซึมเศร้าในประชาชนทั่วไป และในกลุ่มผู้ที่ถูกระบุว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝัน ทำให้เกิดการสูญเสียต่าง ๆ เช่น สูญเสียอวัยวะ เกิดความพิการ สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือในกลุ่มผู้ที่มีประวัติครอบครัวเจ็บป่วยด้วยภาวะหรือโรคซึมเศร้า จึงนับว่าเป็นขั้นตอนจำเป็นเพื่อช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

การประเมินหรือคัดกรองภาวะซึมเศร้าสามารถทำได้ 2 วิธี โดยวิธีแรกใช้การสังเกต ซึ่งวิธีนี้ต้องอาศัยผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเป็นผู้สังเกต โดยผู้สังเกตต้องมีความเอาใจใส่ มีความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าพอสมควร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจผลการสังเกตและนำผลการสังเกตไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญต่อไป ส่วนวิธีที่ 2 คือ การใช้แบบประเมิน ซึ่งแบ่งเป็นการประเมินโดยผู้รับการประเมินเป็นผู้ให้คะแนนตามการรับรู้ของตนเองและประเมินโดยผู้ดูแลที่มีทักษะและประสบการณ์ในการประเมิน การประเมินโดยใช้แบบประเมินจะให้ผลการประเมินที่ชัดเจนกว่า ทำให้ระบุได้ว่าผู้ที่ถูกประเมินมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงระดับใด

ปัจจุบัน ได้มีผู้คิดค้นเครื่องมือซึ่งเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าไว้หลายฉบับ ทั้งที่เป็นของต่างประเทศและนักวิชาการชาวไทยได้นำมาแปลและทดสอบแล้วว่าเหมาะสมกับคนไทย โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต เนื่องจากการประเมินแบบเป็นขั้นเป็นตอน ทำให้ผู้ตอบแบบประเมินที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าไม่ต้องเสียเวลาในการทำแบบประเมินนาน ส่วนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถจำแนกความรุนแรงได้ชัดเจน เพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสม

สรุปว่า ปัจจัยที่ทำให้การเกิดภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยหลายปัจจัย โดยขึ้นอยู่กับความแตกต่างของแต่ละบุคคล เช่น กรรมพันธุ์ เพศ โดยพบว่า กรรมพันธุ์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลค่อนข้างมากกับการเกิดภาวะซึมเศร้า และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 2-3 เท่า รวมทั้งความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และภาวะต่าง ๆ ทางด้านจิตใจ ในปัจจุบัน ได้มีการประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพื่อค้นหาบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้การบำบัดอย่างทันท่วงทีก่อนที่ผู้มีภาวะซึมเศร้าจะฆ่าตัวตาย

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การขาดความสนใจ ขาดความพอใจในสิ่งที่ควรพอใจ และยังมีอาการอื่นร่วมด้วยอย่างน้อย 4 อย่าง ซึ่งได้แก่ การมีปัญหาในเรื่องการนอน รู้สึกผิด อ่อนเพลีย เหนื่อยหน่าย ไม่กระตือรือร้น มีปัญหาในการรับประทานอาหารทำให้น้ำหนักตัวลดหรือเพิ่ม มีปัญหาในการเคลื่อนไหว ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง รู้สึกหมดหวัง รู้สึกว่าตนเองเป็นคนไม่ดี มีปัญหาเรื่องการตัดสินใจ ความต้องการทางเพศลดลง มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย (APA., 1994; Barnett, & Fowler, 1995)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นปัญหาที่ยุ่งยาก ที่ไม่เพียงเกิดผลกระทบต่อหญิงหลังคลอด แต่ส่งผลกระทบต่อคนรอบตัวคู่สมรส พฤติกรรม และพัฒนาการของบุตร (Whiffen & Gotlib, 1989) ร้อยละ 50 ของหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าจะหายเป็นปกติภายในเวลา 1 ปี แต่เด็กที่เกิดจะแสดงพฤติกรรมภายในระยะเวลา 3 ปี และมีปัญหาด้านความคิดเมื่ออายุ 4 ปี (Cox, 1983) จากงานวิจัยที่ผ่านมา

แสดงให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดทำให้เกิดผลเสียในระยะยาวกับครอบครัวเดิมและเด็กที่เกิด (Williamson & McCutcheon, 2002) โดยผลกระทบเกิดขึ้น คือ เด็กสาวที่คลอดจากมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เมื่อคลอดบุตรก็จะมีภาวะซึมเศร้าเช่นเดียวกับมารดา ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำได้อีกในการคลอดครั้งต่อไป ทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตของหญิงรายนั้น (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างแม่และลูกที่พบบ่อย คือ การที่แม่มีชีวิตที่อยู่อย่างยากลำบากในสังคม และการมีปัญหามุมมองจิต (Murry & Cooper, 1996; Sluckin, 1998) ผู้ชายที่คู่สมรมีภาวะซึมเศร้าอาจจะรู้สึกแย่ ไม่อยากอยู่กับภรรยา โดยไม่ตระหนักว่าภรรยาต้องการความช่วยเหลือ มีข้อเสนอแนะสำหรับคู่สมรสของหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าว่า ไม่เพียงแต่ต้องมีความอดทนต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยา แต่ต้องให้การช่วยเหลือด้วย โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับภรรยา เนื่องจากถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนในระยะแรกของการเกิดอาการ ผลที่ตามมาอาจทำให้เกิดการหย่าร้าง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน โดยพ่อแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อ ทำให้เด็กที่โตขึ้นจะมีปัญหาในการตัดสินใจ ทั้งที่เป็นเรื่องของตนเองและเรื่องของคนอื่น (Cox, 1989; Carro, Grant, Gotlib, & Compas, 1993) โดยเฉพาะเด็กที่ไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาแต่ไม่เหมาะสม เด็กที่พ่อแม่มีภาวะซึมเศร้าและถูกกระทำอย่างรุนแรงจากพ่อแม่ รวมทั้งการถูกพ่อแม่ทอดทิ้งทำให้เด็กขาดทักษะการเรียนรู้ และการเล่นจากพ่อแม่ เมื่อโตขึ้นหรือเข้าโรงเรียน เด็กมักไม่สนใจการเรียน เข้ากับเพื่อนที่โรงเรียนไม่ได้ เข้ากับสังคมไม่ได้ (Murray & Cooper, 1996; Williamson & McCutcheon, 2004)

อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอาจจะไม่ได้รับการดูแลเบื้องต้น ถ้าหญิงหลังคลอดไม่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (Holden, 1996; Sharp, 1996) เพราะผู้หญิงหลังคลอดบางคนไม่พบว่ามีความผิดปกติ เห็นว่ายังเป็นภรรยาและแม่ที่ดี รวมทั้งยังปฏิเสธอาการของภาวะซึม (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 2000) ทำให้การวินิจฉัยทำได้ยาก ถ้าไม่มีการตอบแบบสอบถามทุกข้อตามแบบประเมิน เช่น แบบประเมินที่เรียกว่า Edinburgh Postnatal Depress Scale หรือ Maternal Attitudes Questionnaire

อาการแสดงเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงหลังคลอด คือ วิตกกังวลกับความรู้สึกลด้านลบที่เกิดกับลูก ความรู้สึกผูกพันกับลูกเกิดขึ้นช้า วิตกกังวลเกี่ยวกับความไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์ รู้สึกดิ่งเครียดกับชีวิตแต่งงาน กลัวที่ต้องกลับไปทำงาน รู้สึกว่าการทำงานบ้านและการเลี้ยงดูลูก เป็นสิ่งที่ยากลำบาก แยกตัวออกจากสังคม ขาดความเชื่อมั่น กลัวว่าไม่สามารถเป็นแม่ที่ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ร้องไห้ฟูมฟาย โกรธง่าย วิตกกังวล และมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น ปวดหลัง ปวดศีรษะเรื้อรัง (NHMRC, 2000) แม่บางคนคิดมาก กลัวอันตรายที่จะเกิดกับลูก บางคน

มีความคิดที่เป็นอันตรายมาก คือ พยายามฆ่าตัวตาย สัมพันธภาพที่ไม่ดีของหญิงหลังคลอด กับพ่อแม่ของตนเองทำให้อาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้น บางครั้งภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในแม่หลังคลอด ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับทารก โดยเฉพาะในกรณีที่มีการคลอดเกิดอันตรายหรือการบาดเจ็บ (Murray, Cox, Chapman, & Jones, 1995; Sharp, 1996; Allen, 1998)

ความผิดปกติทางอารมณ์ของหญิงหลังคลอดแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) ภาวะซึมเศร้าของการเป็นแม่หรือภาวะซึมเศร้า 3 วัน/ 5 วัน 2) อาการทางจิตเนื่องจากการคลอดบุตร 3) อาการหดหู่หลังการคลอด ซึ่งแต่ละประเภทจะแตกต่างกันตามเวลาที่ปรากฏอาการ และอาการที่แสดงออก (Glover et al., 1994)

1. ภาวะซึมเศร้าของการเป็นแม่หรือภาวะซึมเศร้า 3 วัน/ 5 วัน เป็นอาการทางจิตเริ่มที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติในระยะสั้น ๆ เกิดขึ้นในวันที่ 3 หรือ 4 หรือหลังจากนั้น 48 ชั่วโมง โดยมีอาการวิตกกังวล ร้องไห้ฟูมฟาย อารมณ์ไม่มั่นคง และจะคงอยู่นาน 10-14 วัน (Gregoire, 1995) อารมณ์ที่เปลี่ยนไปของภาวะนี้เกี่ยวข้องกับฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลงทั้งก่อนและหลังคลอด สัมพันธภาพที่ไม่ดีของการแต่งงาน การขาดการสนับสนุนทางสังคม (NHMRC, 2000) พบประมาณร้อยละ 25 ในสัปดาห์แรกของการคลอด และพบว่า ร้อยละ 80 เป็นการคลอดครั้งแรก (Pritchard & Harris, 1996) อาการภาวะซึมเศร้าของการเป็นแม่ดีขึ้นเอง โดยไม่ต้องได้รับการรักษา เพียงแต่ให้การสนับสนุนและส่งเสริมทักษะความเป็นแม่ (Williamson & Mc Cutcheon, 2004)

2. อาการทางจิตเนื่องจากการคลอดบุตร เป็นอาการทางจิตที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การเป็นฆาตกรที่จะฆ่าบุตร พบน้อย แต่เป็นความรุนแรง ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องได้รับยาจิตเวช ยาต้านภาวะซึมเศร้า ทำช็อกไฟฟ้าร่วมกัน ถ้าได้รับการรักษาไม่เหมาะสม ผู้ป่วยส่วนมากจะกลายเป็นโรคจิต Bipolar อาการที่แสดงออกของผู้หญิงที่มีอาการทางจิตเนื่องจากการคลอดบุตร ได้แก่ สับสน หลงผิด หวาดระแวง เห็นภาพหลอนที่เกี่ยวกับบุตร ทำให้เสี่ยงต่อการฆ่าบุตร (Gregoire, 1995) อาการทางจิตเนื่องจากการคลอดบุตรพบมากในครอบครัวที่มีประวัติการเป็นโรคจิตเภท แมนนิค-ดีเพรส (Manic-depress) โดยที่คู่สมรสไม่ช่วยเหลือ ประคับประคอง ซึ่งพบมากในผู้ที่ผ่าคลอด ผู้ที่คลอดครั้งแรก และเกิดอาการซ้ำในการคลอดครั้งต่อมา เป็นธรรมชาติของการคลอดที่ต้องให้แม่และลูกอยู่ด้วยกัน การแยกแม่และลูกออกจากกันก็จะให้แม่ขาดความเชื่อมั่นในการเป็นแม่ ความผูกพันระหว่างแม่ลูกก็จะไม่เกิดขึ้น (Cox, 1989)

3. ภาวะหดหู่หลังคลอด เป็นภาวะที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด (Beck, 1996; NHMRC, 2000) ซึ่งถ้ามีอาการตั้งแต่ตั้งครรภ์ ควรมีประวัติและบันทึกไว้ในเวชระเบียนของการฝากครรภ์ และก็อาจไม่มีการบันทึกไว้แม้จะมีอาการดังกล่าว เนื่องจากอาการซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์มีลักษณะอาการคล้ายอาการของคนตั้งครรภ์หรือคนแพ้ท้องทั่วไป เช่น การเป็นลม

มีปัญหาในการรับประทานอาหาร มีปัญหาในการนอน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายได้ งานวิจัยจำนวนมากที่ทำการศึกษาวิจัยหาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในขณะที่ตั้งครรภ์กับภาวะหดหู่หลังคลอด พบว่า ภาวะทั้งสองมีความสัมพันธ์กันอยู่ระหว่างร้อยละ 4-15 (Green & Murray, 1994) ปัจจัยที่พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าก่อนคลอด คือ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต การไม่มีคู่สมรส การขาดการสนับสนุนทางสังคม การตั้งครรภ์หลายครั้ง เศรษฐฐานะไม่ดี มีปัญหาด้านการเงิน มีปัญหาในครอบครัว มองชีวิตในแง่ลบ (Zeikowitz & Milet, 1996; NHMRC, 2000)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในแม่วัยรุ่น

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ซึ่งเกิดขึ้นกับแม่หลังคลอดทุกกลุ่มอายุ ในช่วงหลังคลอดทันทีประมาณร้อยละ 20-28 สำหรับในแม่วัยรุ่นระยะตั้งแต่หลังคลอดถึง 3 เดือน พบได้ประมาณร้อยละ 53-56 โดยอาการที่พบของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว มีปัญหาในการนอนหลับ สาเหตุของภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การศึกษาต่ำ รายได้ไม่เพียงพอ ไม่มีการวางแผนครอบครัวหรือการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การแยกทางกับคู่สมรส (Reid & Maedows-Oliver, 2007)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เป็นความผิดปกติทางด้านจิตใจ ในหญิงหลังคลอดทั่วไป และพบมากในกลุ่มแม่วัยรุ่น ซึ่งส่งผลด้านลบต่อหญิงหลังคลอดและลูกที่เกิด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้หญิงหลังคลอดแสดงบทบาทการเป็นแม่ไม่เหมาะสม ภาวะซึมเศร้ามีระดับความรุนแรงหลายระดับ ๆ ที่รุนแรงมากอาจทำให้หญิงหลังคลอดฆ่าลูกและตนเองได้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีและเหมาะสมจะทำให้ลดความรุนแรงที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

ทฤษฎีการเห็นคุณค่าในตนเอง

การเห็นคุณค่าในตัวเอง การนับถือตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นคำที่แปลมาจากคำว่า Self-esteem ในภาษาอังกฤษ ซึ่ง Coopersmith (1984) ให้ความหมายว่า เป็นการประเมินคุณค่าของตนเอง โดยแสดงถึงทัศนคติทั้งด้านบวกและลบ เป็นการตัดสินคุณค่าของตนเอง ภายใต้ขอบเขตความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความสามารถของตนเอง ความสำคัญและความสำเร็จของตนเอง ซึ่งสังเกตและวัดจากคำพูดและการกระทำ

นอกจากนั้นก็ยังมีผู้ให้ความหมายของคำว่า Self-esteem หมายถึง ลักษณะของความเชื่อและการนับถือตนเอง ซึ่งเกิดจากความเชื่อมั่นในความเห็นคุณค่าของตนเอง ความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งต่าง ๆ สำเร็จตามที่ต้องการ (Branden, 1981) ในขณะที่ Lindenfield (2000) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตัวเอง เป็นภาวะทางจิตใจของบุคคล

ที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง ที่ทำให้บุคคลมีแรงจูงใจเพื่อไปให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ แม้จะเป็นนามธรรม แต่สามารถวัดและสังเกตได้

การเห็นคุณค่าในตัวเองนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการปรับตัวทางด้านอารมณ์ สังคม สำหรับบุคคลทุกคน เพราะเป็นพื้นฐานของมุมมองในการดำเนินชีวิต บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง ทำให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ มีความเชื่อมั่น มีความหวัง มีความสุข สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามที่ต้องการ ทำให้ประสบความสำเร็จในชีวิต ซึ่งตรงกันข้ามกับบุคคลที่เห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ไม่มีคนสนใจ ไม่ได้รับการยอมรับ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (กรมวิชาการ, 2545; Newman & Newman & Newman, 1986)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยภายในและภายนอก ซึ่งในแต่ละปัจจัยยังประกอบด้วยปัจจัยย่อย ๆ ดังนี้ (Coopersmith, 1984)

1. ปัจจัยภายใน เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล มีผลต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกัน โดยมีองค์ประกอบที่มีอิทธิพลในการกำหนดดังนี้

1.1 ลักษณะทางกายภาพ (Physical attribute) เช่น รูปร่างหน้าตา บุคลิกภาพ หรือคุณสมบัติอื่น ๆ ที่มองเห็นได้ โดยบุคคลที่มีรูปร่างหน้าตาและบุคลิกภาพดี ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังมีปัจจัยอื่นประกอบอีก เช่น ค่านิยมของตนเอง

1.2 สมรรถภาพ ความสามารถทั่วไป ผลงาน (Ability, General capacity, Performance) คุณสมบัติทั้งสามอย่างนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง โดยจะเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความสำเร็จหรือความล้มเหลวของบุคคล ซึ่งการประสบความสำเร็จจะเป็นการเสริมแรงแก่ตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

1.3 ภาวะทางอารมณ์ (Affective state) โดยเป็นอารมณ์ที่อยู่ในตัวบุคคลทั้งที่แสดงออกและไม่แสดงออก เช่น ความพึงพอใจ ความเครียด ความวิตกกังวล ความเศร้าเสียใจ ซึ่งอารมณ์เหล่านี้ อาจเกิดจากประสบการณ์ การได้รับการกระทำจากผู้อื่น และจะมีผลต่อการประเมินคุณค่าในตนเองในเวลาต่อมา โดยถ้าบุคคลได้รับการยอมรับและชื่นชมจากบุคคลรอบข้างก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความพึงพอใจและเห็นคุณค่าในตนเอง แต่ถ้าบุคคลประเมินตนเองในทางลบ บุคคลนั้นจะรู้สึกด้อยค่า มีความวิตกกังวล ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองก็จะต่ำ

1.4 ปัญหาต่าง ๆ และปัญหาสุขภาพ เช่น ปัญหาสุขภาพจิต การเจ็บป่วยทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ ผู้ที่มีปัญหาดังกล่าวมาก ย่อมมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ โดยแสดงออกมาในลักษณะอาการต่าง ๆ เช่น ความวิตกกังวล มีความทุกข์ หน้าตาไม่ยิ้มแย้มแจ่มใส ซึ่งจะต่างกับผู้ที่มีปัญหาน้อยหรือไม่มีปัญหาก็จะมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่า

1.5 ค่านิยมส่วนบุคคล (Self-value) ในการประเมินคุณค่าของตนเอง บุคคล จะเปรียบเทียบคุณค่าของตนเองกับสิ่งที่ตนให้คุณค่าหรือสิ่งที่ตนให้ความสำคัญ ซึ่งในแต่ละคน จะมีค่านิยมต่อสิ่งต่าง ๆ แตกต่างกันไป ถ้าบุคคลให้คุณค่าต่อสิ่งใดแต่ไม่สามารถปฏิบัติหรือดำรงไว้ ตามเป้าหมายก็จะเกิดความรู้สึกไม่ดี และส่งผลต่อการเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

1.6 ความมุ่งหวัง (Aspiration) เป็นความปรารถนาที่จะเป็นหรือกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด การตัดสินใจคุณค่าส่วนหนึ่งเกิดจากการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติและความสามารถของตนเอง กับเกณฑ์ความสำเร็จที่ตั้งไว้ ความสำเร็จที่ได้รับจะเป็นประสบการณ์ซึ่งนำไปสู่ความคาดหวัง ของความสำเร็จที่ต้องการในครั้งต่อไป ทำให้เกิดความต้องการในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ต่อไป ซึ่งถ้าสามารถกระทำได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ก็จะทำให้บรรลุตามความมุ่งหวัง ส่งผลต่อการเกิด ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

1.7 เพศ (Sex) เพศชายมักมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง เนื่องจากสังคมและ วัฒนธรรมส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับเพศชายมากกว่าเพศหญิง ดังนั้น เพศหญิงที่มีความรู้สึก เห็นคุณค่าในตนเองสูงมักประสบความสำเร็จในเรื่องการศึกษามากกว่าเพศชายที่มีความรู้สึก เห็นคุณค่าในตนเองสูง

2. ปัจจัยภายนอก เป็นสภาพสิ่งแวดล้อมซึ่งบุคคลมีปฏิสัมพันธ์ และส่งผลให้บุคคล เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แต่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลมีความแตกต่างกัน ด้วยปัจจัยดังนี้

2.1 สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นประสบการณ์ที่ครอบครัวส่งต่อความรู้สึก เห็นคุณค่าในตนเองของลูก โดยลูกที่มาจากครอบครัวที่พ่อแม่ให้ความรัก ความอบอุ่น ให้การยอมรับ มีแบบแผนในการเลี้ยงดูอย่างชัดเจน ก็จะส่งผลต่อเด็ก ทำให้เด็กมีอารมณ์มั่นคง มีความยืดหยุ่น ในส่วนบุคคลิกภาพของพ่อแม่ ความมั่นคงทางอารมณ์ รวมทั้งความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ของพ่อแม่ล้วนส่งผลต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของลูก ซึ่งตรงกันข้ามกับครอบครัว ที่มีสัมพันธภาพไม่ดี พ่อแม่ไม่แสดงความรักต่อลูกตรง ๆ ทำให้ลูกไม่มั่นใจในความรักที่พ่อแม่ มีต่อตน ลูกจะเกิดความรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อลูกเมื่อต้องเข้ามาอยู่ในสังคม

2.2 โรงเรียนและการศึกษา ประสบการณ์ในโรงเรียนทั้งที่ประสบความสำเร็จและ ล้มเหลวด้านการศึกษา ประเภทและสภาพของ โรงเรียนมีผลต่อการเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง โดยนักเรียนที่มาจากโรงเรียนที่มีชื่อเสียงจะมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่านักเรียนที่มาจาก โรงเรียนที่ไม่มีชื่อเสียง ในส่วนของครูอาจารย์ก็มีส่วนที่ทำให้นักเรียนเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่า ในตนเองด้วย โดยครูอาจารย์ที่ให้ความสนใจ ให้ความรัก ให้การเอาใจใส่ ย่อมทำให้นักเรียน เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง

2.3 สภาพทางสังคมและกลุ่มเพื่อน โดยองค์ประกอบที่กำหนดระดับชั้นในสังคม เช่น ตำแหน่ง ฐานะทางสังคม เศรษฐกิจ การยอมรับ/ ไม่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองแตกต่างกันออกไป

2.4 การเปรียบเทียบกับผู้อื่นในด้านความสามารถ ทักษะ ความถนัด ถ้าบุคคลเปรียบเทียบกับผู้อื่นในกลุ่มเดียวกันและรับรู้ว่าย่อกว่าผู้อื่น บุคคลนั้นย่อมมีแนวโน้มที่จะเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

องค์ประกอบของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการประเมินทัศนคติของบุคคลในการตัดสินใจด้านคุณค่า โดยประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้ (Coopersmith, 1981 a)

1. ความรู้สึกของการมีความสำคัญ (Feeling of significance) เป็นความรู้สึกที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับการยอมรับ การมีคุณค่า การเป็นที่รักของบุคคลอื่น การเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ และการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม

2. ความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถ (Feeling of competence) เป็นความตระหนักถึงความสำคัญของการกระทำที่บรรลุตามเป้าหมาย สามารถเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ด้วยความเชื่อมั่น มีความสามารถในการปรับตัวและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี

3. ความรู้สึกของการมีอำนาจ (Feeling of power) เป็นความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัว โดยมีความเชื่อมั่นในอำนาจแห่งตนว่า ตนสามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

4. ความรู้สึกของการมีคุณธรรม (Feeling of virtue) เป็นการปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับคุณธรรม จริยธรรม และค่านิยม สามารถรับรู้คุณค่าตามความจริง มีความคิดและพฤติกรรมที่ถูกต้อง คามหลักจริยธรรม มีความพึงพอใจในความเป็นอยู่

ลักษณะความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

ลักษณะความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การเห็นคุณค่าในตนเองสูงและการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งความแตกต่างของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการแสดงออกที่แตกต่างกัน โดยบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง จะมีบุคลิกภาพเป็นคนอ่องไว มีลักษณะเป็นผู้นำ มีความมั่นใจในตนเอง มีความมั่นคงด้านจิตใจ มีความคิดสร้างสรรค์ ยอมรับผู้อื่นได้ มีความสุข และใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ ทำให้มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จ ในขณะที่ผู้ที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะรู้สึกว่าตนเองด้อยความสามารถ มีลักษณะเป็นผู้ตาม ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง คล้อยตามคนอื่นได้ง่าย คิดว่าตนเองมีความสามารถ

ไม่เพียงพอ มีความวิตกกังวล ความสามารถในการปรับตัวไม่ดี ทำให้พลาดโอกาสที่จะประสบความสำเร็จ (Coopersmith, 1981 b)

แนวทางในการส่งเสริมความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

Coopersmith (1981 a) กล่าวว่า ปัจจัยที่จะทำให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเอง คือ การให้โอกาสบุคคลนั้นได้ใช้พลังความสามารถที่มีอยู่ในการปกป้องคุ้มครองตนเองหรือช่วยเหลือเกื้อกูลผู้อื่น และทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีความสำคัญ ได้รับความเชื่อถือศรัทธา และประสบความสำเร็จตามที่ต้องการ ดังนั้น ในการเลี้ยงดูในวัยเด็ก ผู้ที่เกี่ยวข้องควรที่จะสนับสนุนส่งเสริมให้เด็กมีความตระหนักถึงพลังความสามารถที่มีอยู่ในตนเองเพื่อพัฒนาการดำเนินชีวิตของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

Coopersmith (1984) เสนอแนวทางในการพัฒนาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองให้กับบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและคงไว้ซึ่งความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ด้วยวิธีการดังนี้

1. การยอมรับความรู้สึกของตนเองตามความเป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลได้ถ่ายทอดความรู้สึกของตนออกมา โดยการยอมรับความรู้สึกของตนเองที่เป็นลบ เช่น ความรู้สึก โกรธ ความรู้สึกกลัว ความรู้สึกขัดแย้ง
2. การยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคลในการเผชิญปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา โดยโอกาสให้บุคคลได้แก้ปัญหของตนเองอย่างเต็มความสามารถ
3. หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน ซึ่งอาจเป็นการสร้างความไม่มั่นใจให้กับบุคคล
4. ให้เห็นแบบอย่างที่ดีที่มีประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหา เพื่อให้บุคคลได้ใช้เป็นแบบอย่างเพื่อส่งเสริมสนับสนุนบุคคลให้นำศักยภาพที่มีอยู่มาเผชิญปัญหาอย่างมั่นใจ ทำให้เกิดกำลังใจในการต่อสู้ปัญหา
5. ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถพัฒนาวิธีการแก้ปัญหาในทางที่สร้างสรรค์โดยการระบายนอารมณ์ที่ไม่ดี เพื่อเป็นการลดระดับความเครียด และทำให้บุคคลเข้าใจความยุ่งยากของตนเอง
6. ให้ความสำคัญต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในการแก้ปัญหา
7. ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดมีความรู้ ความเข้าใจในตัวบุคคลนั้น และร่วมมือในการเสริมสร้างความเข้มแข็งที่จะแก้ปัญหา

เมื่อมองในภาพรวมสรุปว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นภาวะทางจิตใจของบุคคล เป็นการประเมินการตัดสินใจและคุณค่าของตนเอง เป็นการแสดงถึงทัศนคติทั้งด้านบวกและลบ

โดยมีอิทธิพลจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอกกระทำใ้บุคคลมีการรับรู้และประเมินคุณค่าของตนเองแตกต่างกันออกไป ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การเห็นคุณค่าในตนเองสูงและการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งลักษณะของการเห็นคุณค่าในตนเองจะทำให้บุคคลมีบุคลิกที่แตกต่างกัน และการพัฒนาที่เหมาะสมทำให้บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำสามารถเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้นได้

แนวคิดเรื่องวัยรุ่น

คำว่า วัยรุ่น (Adolescence) เป็นภาษาลาติน แปลว่า เจริญเติบโตพ้นจากความเป็นเด็ก หมายความว่า เป็นช่วงวัยที่ก้าวเข้าสู่ความเป็นผู้ใหญ่ เป็นช่วงคาบเกี่ยวระหว่างความเป็นเด็ก ต่อเนื่องไปเป็นผู้ใหญ่ ถือว่าเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต เป็นวัยวิกฤติ (Critical period) หรือบางคนเรียกว่า วัยแห่งพายุบูแคม (Storm & Stress) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดเป็นการเปลี่ยนแปลงทีละน้อยแต่เกิดค่อนข้างเร็ว ไม่สามารถระบุเวลาที่ชัดเจนของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดในวัยรุ่น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสรีระ เช่น โครงสร้างของร่างกาย อวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับเพศ การทำงานของระบบต่าง ๆ จนถึงขั้นวุฒิภาวะ (Maturity) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มีความเหลื่อมล้ำต่อเนื่องกัน ซึ่งจะช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น กรรมพันธุ์ การรับประทานอาหาร สิ่งแวดล้อม จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ถ้าวัยรุ่นคนใดสามารถจัดการและดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมราบรื่น การเข้าสู่ความเป็นผู้ใหญ่ของวัยรุ่นคนนั้นก็จะเป็นไปด้วยดี แต่ในทางตรงข้าม ถ้าวัยรุ่นไม่สามารถจัดการกับตนเองได้อย่างเหมาะสม ปัญหาต่าง ๆ ก็จะตามมาอย่างมากมาย (สุชา จันทน์เอม, 2540; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 255)

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2553) และสุชา จันทน์เอม (2540) ได้ศึกษาพัฒนาการของวัยรุ่นในแง่มุมต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลของวัยรุ่น และนำมาเป็นองค์ความรู้ทำให้วัยรุ่นเข้าใจตัวเอง เพื่อให้วัยรุ่นปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งให้ผู้ที่อยู่รอบข้างเข้าใจในความเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับวัยรุ่น เพื่อช่วยกันส่งเสริม ปรึกษาประคองให้วัยรุ่นมีการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมในแต่ละช่วงวัย ซึ่งช่วงวัยของวัยรุ่นอาจจะแบ่งได้ดังนี้

1. ช่วงวัยแรกเริ่ม (Puberty) โดยช่วงนี้อายุอยู่ระหว่าง 12-15 ปี คำว่า Puberty เป็นคำมาจากภาษาลาตินว่า Puberta แปลว่า การเติบโตเป็นหนุ่มสาว การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากความเป็นเด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ โดยเป็นผู้ใหญ่เกือบเต็มที่ทุกส่วนของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงของลักษณะทุติยภูมิทางเพศ ร่างกายสามารถสืบพันธุ์ได้ นับว่าเป็นช่วงเปลี่ยนแปลงของชีวิตด้านร่างกาย แต่ด้านอื่น ๆ เช่น ความคิด ทักษะคติ ยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง

2. ช่วงวัยรุ่นแท้จริง (Adolescence) ช่วงนี้อายุ 15 ปี ขึ้นไป จนถึงวัยรุ่นใหญ่ การเปลี่ยนแปลงช่วงนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ สังคม ซึ่งนับว่าสำคัญมาก เพราะการเปลี่ยนแปลงในช่วงนี้จะเป็นรากฐานของความมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต เช่น การเลือกสอบเข้าเรียนต่อในวิชาชีพ ที่ตนเองสนใจ การเลือกคบเพื่อน การเลือกลักษณะของกลุ่มเพื่อน มีการสร้างปรัชญาของชีวิตและอุดมคติของตนเอง

วัยรุ่นเมื่อประสบกับปัญหาต่าง ๆ วัยรุ่นมักจะหลีกเลี่ยงการช่วยเหลือจากพ่อแม่ ผู้ปกครอง และผู้ใหญ่ แต่จะพยายามแก้ปัญหาด้วยตนเอง เนื่องจากเป็นวัยที่มีความคิดอยากเป็นอิสระ ดังนั้น พ่อแม่ที่มีลูกในช่วงที่เป็นวัยรุ่นไม่ควรเข้มงวดกับลูกมากเกินไป เพื่อให้ลูกที่เป็นวัยรุ่นกล้าที่จะขอรับการช่วยเหลือจากพ่อแม่ นอกจากนั้น พ่อแม่ก็ควรเป็นตัวอย่งที่ดีให้กับลูกด้วยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับวัยรุ่นนับว่าเป็นพัฒนาการของวัยรุ่น ซึ่งสรุปเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

พัฒนาการด้านร่างกาย

การพัฒนาการด้านร่างกายเป็นการเจริญเติบโตจนถึงขีดสุด เพื่อให้ร่างกายได้ทำหน้าที่อย่างเต็มที่ การเจริญเติบโตภายนอกที่เห็นได้ชัด คือ ส่วนสูง น้ำหนัก สัดส่วนของร่างกาย ลักษณะเส้นผม ขน มีการสะสมไขมันในร่างกายมากกว่าวัยเด็ก โดยเฉพาะในเพศหญิง ซึ่งในบางครั้งอาจเรียกว่า ช่วงไขมัน (Fat period) ส่วนการเจริญภายใน เช่น การทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ และต่อมต่าง ๆ โครงสร้างกระดูกที่แข็งแรง การผลิตเซลล์สืบพันธุ์ในเด็กชาย การมีประจำเดือนของเด็กหญิง

การมีประจำเดือนของเด็กหญิง

ในปัจจุบันวัยรุ่นหญิงจะมีประจำเดือนเร็วขึ้นกว่าแต่ก่อนหลายปี สาเหตุน่าจะมาจากการรับประทานอาหารที่มีคุณค่า ได้มีการศึกษาถึงผลกระทบด้านอารมณ์ของการเริ่มมีประจำเดือนพบว่า ในตอนแรกเด็กจะมีความรู้สึกหลากหลายต่างกัน เช่น รู้สึกกังวล กลัว ตกใจ อาย และดีใจที่ตนเองเป็นสาว โดยความรู้สึกรู้สึกขึ้นอยู่กับความรู้ที่เด็กได้รับจากแม่ ญาติ และบุคคลรอบข้าง เช่น ในเด็กที่รับรู้ว่าการมีประจำเดือนมักมีความเจ็บปวด อาจทำให้มีอาการปวดเวลามีประจำเดือน

ลักษณะทุติยภูมิทางเพศ

เป็นการเจริญเติบโตทางกายที่แบ่งแยกเพศหญิง ชาย ออกจากกันอย่างชัดเจน การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นการเปลี่ยนเพื่อความพร้อมในการสร้างชีวิตใหม่แทนตนเอง และจากการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้เด็กหญิงและชายได้เรียนรู้และสำนึกว่าตนเองเป็นผู้ใหญ่ ทำให้เกิดพฤติกรรมทางสังคมตามมา เช่น การแสวงหาความสนใจ ค่านิยม ความใฝ่ฝัน ความปรารถนา การเลือกเรียน การเลือกอาชีพ การเจริญเติบโตของลักษณะทุติยภูมิทางเพศแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. Pre-pubescence เป็นระยะที่ลักษณะทางเพศส่วนต่าง ๆ เริ่มพัฒนาเข้าสู่ขั้นที่ 2 ชัดเจน เช่น ในเพศหญิง ขนาดของสะโพกและทรวงอกขยาย ส่วนในเพศชาย เสียงแตก แต่อวัยวะสืบพันธุ์ (Productive organs) ยังไม่เริ่มทำงาน

2. Pubescence เป็นระยะที่ลักษณะทางเพศส่วนต่าง ๆ ยังคงพัฒนาต่อไป อวัยวะสืบพันธุ์ทำงานแต่ยังไม่สมบูรณ์ เด็กหญิงเริ่มมีประจำเดือน เด็กชายเริ่มมีการผลิตเซลล์สืบพันธุ์

3. Post-pubescence เป็นระยะที่ลักษณะทางเพศทุกส่วนเจริญเติบโตเต็มที่ อวัยวะของทั้งสองเพศสามารถทำหน้าที่ได้เต็มที่ นับว่าเป็นช่วงที่เด็กเข้าสู่ความเป็นวัยรุ่นอย่างแท้จริง ต่อมาไว้ต่อ

ระบบต่อมไร้ท่อนับว่ามีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตของลักษณะทุติยภูมิทางเพศของเด็กวัยรุ่น โดยต่อมไร้ท่อนี้จะทำหน้าที่ผลิตฮอร์โมนต่าง ๆ และซึมเข้าสู่กระแสเลือดไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) หรือต่อมใต้สมอง ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน โดยแต่ละส่วนทำหน้าที่ผลิตฮอร์โมนที่แตกต่างกัน เช่น ฮอร์โมนควบคุมต่อมน้ำนม ฮอร์โมนควบคุมการเจริญเติบโตของร่างกาย การตกไข่ และอณูชะ ต่อมไพเนียล (Pineal gland) ทำหน้าที่ควบคุมความเป็นหนุ่มสาว ถ้าเกิดความผิดปกติจะทำให้เป็นหนุ่มสาวเร็วกว่าปกติ เมื่อเข้าสู่วัยหนุ่มสาวต่อมนี้อาจหยุดทำงาน ต่อมที่อยู่ในตับอ่อน (Pancreas gland) ทำหน้าที่สร้างฮอร์โมนที่ชื่อว่า อินซูลิน ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ต่อมแอดรีนอล (Adrenal gland) ผลิตฮอร์โมนชื่อว่า แอลโดสเตอโรน จะหลั่งมากในเวลาโกรธหรือตกใจ ต่อมไทรอยด์ (Thyroid gland) สร้างฮอร์โมนชื่อเดียวกับต่อม ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการทั้งร่างกายและจิตใจ ถ้าร่างกายผลิตน้อย ทำให้เติบโตช้า เชื่องช้า แต่ถ้าผลิตมาก ทำให้มีพฤติกรรมว่องไวมากกว่าปกติ กินจุ ผอมลง มีเหงื่อออกมาก ต่อมพาราไทรอยด์ (Parathyroid gland) เป็นต่อมเล็ก ๆ 4 ต่อม อยู่ข้างต่อมไทรอยด์ ทำหน้าที่ควบคุมระดับแคลเซียมในกระแสเลือด และส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ต่อมเพศ เป็นต่อมที่มีต่อแต่ไม่ใช้ท่อนในการขนส่งฮอร์โมน แต่ใช้ในการขนส่งไข่และสเปิร์ม ต่อมเพศของผู้หญิงคือรังไข่ ทำหน้าที่สร้างและปล่อยไข่ รวมทั้งสร้างฮอร์โมนเพศหญิงหลายชนิด ต่อมเพศชายคืออณูชะของเพศชาย ทำหน้าที่สร้าง Testosterone hormone ฮอร์โมนของทั้งสองเพศ ทำให้อวัยวะสืบพันธุ์และลักษณะความเป็นหญิงและชายเจริญเติบโตขึ้น รวมทั้งควบคุมความต้องการทางเพศ อารมณ์บ้างอารมณ์เช่นความก้าวร้าวและอื่น ๆ

พัฒนาการด้านอารมณ์

ความเจริญเติบโตและการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งภายในและภายนอก ส่งผลต่อแบบแผนอารมณ์ของเด็กและวัยรุ่น วัยรุ่นจึงมีอารมณ์ไม่มั่นคง เปลี่ยนแปลงง่าย สับสน อ่อนไหว ระดับความเข้มของอารมณ์แต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับตัวเด็กและสิ่งแวดล้อม เด็กแต่ละคนจะแสดงอารมณ์

ออกมาให้บุคคลอื่นได้ทราบอย่างเด่นชัด เนื่องจากยังควบคุมอารมณ์ได้ไม่ดี เช่น โกรธ วิตกกังวล วุ่นวายใจ เห็นอกเห็นใจ หงุดหงิด สับสน ทำให้วัยรุ่นถูกเรียกว่า พายุบุแคม เนื่องจากอารมณ์ของวัยรุ่นเป็นดังที่กล่าวมา ผู้ใหญ่ที่อยู่รอบข้างจะต้องใช้ความอดทน ทำความเข้าใจ สร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้วัยรุ่นเกิดความไว้วางใจในการพูดคุยขอรับคำปรึกษา แทนการปรึกษากับเพื่อน ซึ่งวัยรุ่นจะมีการเกาะกลุ่มกันอย่างเหนียวแน่น เพราะคิดว่าเข้าใจและยอมรับกันมากกว่าบุคคลต่างวัย วัยรุ่นที่มีพัฒนาการที่ดี มีการปรับตัวได้ดี ก็จะเป็นผู้ที่มีอารมณ์มั่นคง ไม่มีลักษณะเป็นพายุบุแคม หรือถ้ามีก็จะเป็นเพียงช่วงสั้น ๆ

ในทุกวัยพบว่าการเปลี่ยนแปลง แต่วัยรุ่นนับว่ามีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ทำให้วัยรุ่นมีความสับสนทางอารมณ์มากกว่าทุกวัย โดยมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องและซับซ้อนหลายประการ ได้แก่

1. เป็นช่วงเปลี่ยนวัย เป็นช่วงที่เด็กแสดงบทบาทอย่างผู้ใหญ่ในด้านความประพฤติ ความต้องการในชีวิต ความรับผิดชอบ แต่เนื่องจากเป็นระยะแรกเริ่ม วัยรุ่นจึงมีความสับสน ลังเล ไม่แน่ใจ ไม่ทราบว่าที่ถูกที่ควรนั้นเป็นอย่างไร

2. ร่างกายเจริญเติบโตเป็นหนุ่มสาวเต็มที่ ทำให้ต้องมีการวางตัวกับเพื่อนร่วมวัย เพื่อนต่างเพศ เพื่อนต่างวัย วัยรุ่นจึงต้องมีการปรับตัวเพื่อการวางตัวที่ถูกต้อง โดยต้องอาศัยเวลาในช่วงที่ยังปรับตัวไม่ได้ วัยรุ่นจึงรู้สึกสับสน

3. การเลือกและเตรียมตัวสำหรับอาชีพในวัยผู้ใหญ่ต่อไป การเลือกอาชีพเป็นเรื่องที่สำคัญต่ออารมณ์ ความต้องการ และชีวิตของวัยรุ่น บุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งที่บ้าน โรงเรียน สังคม ย่อมกดดันต่อการเลือกอาชีพของวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นเกิดสับสน ยิ่งถ้ามีข้อจำกัดในเรื่องระบบการศึกษา สถิติปัญญา ค่านิยม ฐานะของครอบครัว รวมทั้งการไม่ทราบความถนัด ความสนใจ ความต้องการของตนเอง ทำให้วัยรุ่นเกิดความกดดันและสับสนมากยิ่งขึ้น

4. สภาพปัจจุบันของสังคมที่ทำให้วัยรุ่นเกิดความสับสน เช่น การที่สังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงง่ายและรวดเร็วทำให้วัยรุ่นปรับตัวไม่ทัน การศึกษาเล่าเรียนที่ต้องใช้เวลานานขึ้นทำให้ผู้ใหญ่เห็นว่าผู้ที่ยังอยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียนทุกระดับยังเป็นเด็ก ทำให้วัยรุ่นเกิดความเก๋กอด วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปทำให้วัยรุ่นจำนวนไม่น้อยต้องออกจากความคุ้มครองของพ่อแม่ วัยรุ่นที่ไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเองก็จะตกเป็นเหยื่อของผู้หวังผลประโยชน์ รวมทั้งครอบครัวขนาดเล็กก็ทำให้วัยรุ่นขาดความอบอุ่นและผู้ให้คำปรึกษา

พัฒนาการด้านสังคม

วัยรุ่นให้ความสำคัญกับเพื่อนร่วมวัยมากกว่าในระยะวัยเด็ก วัยรุ่นมีการจับกลุ่มกันอย่างแน่นแฟ้นและผูกพัน โดยไม่จำกัดเพศ วัยรุ่นที่สามารถเข้ากลุ่มได้และมีกลุ่มในระยะวัยเด็กตอนกลาง จะเข้ากับกลุ่มและมีชีวิตทางสังคมที่สนุกสนาน ได้ดีกว่าเด็กที่ไม่มีพัฒนาการดังกล่าว

ในช่วงวัยที่ผ่านมา วัยรุ่นจะลดความเอาใจใส่กับบุคคลต่างวัย แต่จะเข้ากลุ่มอย่างแท้จริง (Gang age) จากการเปลี่ยนแปลงทางกายอย่างรวดเร็วเป็นแรงกระตุ้นให้เด็กรวมกลุ่ม เพราะสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุข แก้อใจ และเข้าใจปัญหาซึ่งกันและกันดีกว่าคนต่างวัยซึ่งมีปัญหาต่างกัน และกลุ่มยังสนองความต้องการทางสังคมด้านต่าง ๆ ซึ่งเด็กต้องการมากในขณะนี้ เช่น การเป็นบุคคลสำคัญ การต่อต้านผู้มีอำนาจ การหนีจากสภาพน่าเบื่อของบ้าน เมื่อเด็กรวมกลุ่มเด็กจะสร้างกฎระเบียบ ภาษา ประเพณีประจำกลุ่ม เพื่อใช้สำหรับสมาชิกกลุ่ม โดยสมาชิกในกลุ่มทุกคนต้องปฏิบัติตาม มิฉะนั้นจะหมดสภาพความเป็นสมาชิกกลุ่ม การรวมกลุ่มของเด็กเป็นไปตามธรรมชาติ เด็กเลือกเข้าเป็นสมาชิกของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยไม่มีใครตั้งกฎเกณฑ์ บุคคลต่างวัยไม่ค่อยมีอิทธิพลต่อการเลือกกลุ่มของเด็ก อาจกล่าวได้ว่า กลุ่มมีความสำคัญต่อชีวิตจิตใจและอนาคตของเด็กเป็นอย่างมาก ในระยะนี้ครอบครัวจะมีอิทธิพลน้อยลง ดังนั้น ลักษณะชีวิตของกลุ่มจึงเป็นเครื่องชี้ชะตาของวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ เช่นเดียวกับครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการสร้างฐานชีวิตของบุคคลในระยะทารกและวัยเด็กตอนต้น การคบเพื่อนร่วมวัยเป็นพฤติกรรมสังคมที่สำคัญอย่างยิ่งต่อจิตใจของวัยรุ่น ซึ่งการคบเพื่อนย่อมมีทั้งคุณและโทษ เพื่อนอาจเป็นผู้ประคับประคองวัยรุ่นในยามทุกข์ยาก แต่ในทางในทางตรงกันข้ามเพื่อนอาจชักนำวัยรุ่นไปในทางเสื่อมถอย

ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนต่างเพศ

วัยรุ่นมักมีความกังวลใจและลำบากใจอย่างมากในการที่จะปรับตนเองให้เข้ากับเพื่อนต่างเพศ ความสัมพันธ์ของวัยรุ่นกับเพื่อนต่างเพศมีลักษณะเป็นทั้งเพื่อนและความสัมพันธ์ในฐานะที่จะร่วมชีวิตกันต่อไปในอนาคต สิ่งสำคัญที่ผู้ปกครองควรทำ คือ ไม่ควรกีดกันการคบกันของวัยรุ่นหญิงชาย แต่ควรสนับสนุนให้คบหากัน ในลักษณะเพื่อนภายในขอบเขต เพราะความกดดันที่ถูกกีดกันให้เด็กเลิกคบกันอาจผลักดันให้เกิดความประพฤตินอกทางที่ผิด ในกรณีที่วัยรุ่นเกิดความรักใคร่ชอบพอกัน ผู้ใหญ่ไม่ควรวิตกกังวลและเห็นเป็นเรื่องจริงจัง เพราะคิดว่ายังไม่ถึงเวลาอันควร เนื่องจากเป็นเรื่องธรรมดาของวัยรุ่นที่มักเกิดความคิดฝันเรื่องรัก ๆ ใคร่ ๆ ซึ่งอาจได้รับการกระตุ้นจากสื่อหรือกลุ่มเพื่อน ความจริงสิ่งที่วัยรุ่นต้องการ คือ การได้เป็นที่รัก โดยจะเป็นที่รักของใครหรือจะรักใครก็ได้ เพราะคิดว่าความรักจะทำให้ชีวิตของตนเองสมบูรณ์ยิ่งขึ้นเช่นเดียวกับคนอื่น ๆ ทำให้พบว่า วัยรุ่นทั้งหญิงและชายมีความหลงใหล ชื่นชมบุคคลที่มีชื่อเสียงในด้านต่าง ๆ ที่ตนเองสนใจ ซึ่งเมื่อเป็นผู้ใหญ่ความคิดนี้ก็อาจจะเปลี่ยนไป

พัฒนาการด้านความคิด

ในช่วงวัยรุ่นสมองมีการเจริญเติบโตเต็มที่ วัยรุ่นจึงสามารถคิดได้ในทุก ๆ แบบของวิธีคิด หากได้รับการศึกษาอบรมอย่างดีเป็นขั้นตอน วัยรุ่นก็จะแสดงความสามารถอย่างชัดเจน วัยรุ่นสามารถเข้าใจเรื่องยาก ๆ เรื่องที่ซับซ้อน เข้าใจเรื่องที่เป็นนามธรรม โดยคุณภาพของความคิด

ของวัยรุ่นขึ้นอยู่กับความฉลาด กรรมพันธุ์ การเรียนรู้ในวัยที่ผ่านมา รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาทางความคิด เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะทำให้เกิดกระบวนการพัฒนาความคิดแบบเป็นเหตุเป็นผลเต็มที (Formal operational period) ซึ่งมีลักษณะเด่น 4 ประการ คือ

1. การคิดแบบใช้ตรรกจากเงื่อนไขที่กำหนด (Proportional logic)
2. การคิดแบบใช้เหตุผลเชิงสัดส่วน (Proportional reasoning)
3. การคิดแบบแยกตัวเพื่อสรุปผล (Isolation of variation)
4. การคิดแบบใช้เหตุผลสรุปเป็นองค์รวม (Combinational reasoning)

วัยรุ่นชอบวิพากษ์วิจารณ์ ชอบท้าทายปัญหา เด็กที่มีสมองดีสามารถมีสมาธิในการทำงานมากขึ้นและนานกว่าเดิม เด็กที่สติปัญญาสูง มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ รู้จักการวางแผนอนาคต มีอารมณ์มั่นคง สามารถแก้ไขปัญหาระดับชีวิตและเหตุการณ์ที่เกิดได้ ในขณะที่เด็กสมองไม่ดี ความสนใจในงานเฉพาะหน้ามักสั้น ทำงานยาก ๆ ไม่ได้

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า วัยรุ่นเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และความคิด การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีความซับซ้อนอย่างมาก เป็นสาเหตุให้วัยรุ่นเกิดความสับสน และพยายามปรับตัวเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของคนอื่น โดยเฉพาะกลุ่มเพื่อน จึงทำให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้สารเสพติด การคล้อยตามเพื่อนในทางที่ไม่ดี การไม่ตั้งใจศึกษาเล่าเรียน ผู้ใหญ่หรือผู้ปกครองต้องมีความเข้าใจในการพัฒนาการของวัยรุ่นเพื่อการเลี้ยงดูที่เหมาะสม ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในวัยผู้ใหญ่ต่อไป

ความต้องการของวัยรุ่น

ความต้องการของวัยรุ่น หมายถึง ความรู้สึกอยากได้ อยากมี อยากเป็น อันเกิดจากภาวะที่ร่างกายขาดสมดุล ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตนต้องการ (สุชา จันทน์เอม, 2540; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553) โดยมีประเด็นเด่น ๆ ดังนี้

1. ต้องการความเป็นอิสระ เป็นตัวของตัวเอง ไม่ชอบอยู่ใต้คำสั่ง
2. ต้องการมีตำแหน่ง (Status) และได้รับการสนับสนุน (Approval) จากผู้ใหญ่และเพื่อน ๆ
3. ต้องการแสวงหาประสบการณ์ แปลก ๆ ใหม่ ๆ รวมทั้งความท้าทายตื่นเต้น ยิ่งห้ามเหมือนยิ่งยุ ชอบฝ่าฝืนกฎระเบียบต่าง ๆ
4. ต้องการรวมพวกพ้อง เป็นกลุ่มก้อน ซึ่งเป็นความต้องการสูง เพราะการรวมพวกพ้องเป็นวิถีทางทำให้เด็กได้รับการตอบสนอง
5. ต้องการความรู้สึกมั่นคง อุ่นใจ และปลอดภัย เพราะวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความอ่อนไหวและเปลี่ยนแปลงง่าย

6. ต้องการความถูกต้องและยุติธรรม ทั้งในแง่ส่วนบุคคลและสังคม
7. ต้องการความงดงามทางร่างกาย เพราะคิดว่าความงามเป็นแรงจูงใจให้เข้ากลุ่มได้ง่าย เป็นที่ยอมรับและดึงดูดเพศตรงข้าม
8. ความต้องการประพฤตินิยมตามบทบาททางเพศของตน
9. ต้องการเลือกอาชีพ เพราะเข้าใจว่าอาชีพนำมาซึ่งสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม แต่การเลือกอาชีพมักก่อให้เกิดความวุ่นวาย เนื่องจากวัยรุ่นยังไม่เข้าใจตนเองดีพอในด้านความชอบ จากความต้องการที่กล่าวมา ไม่ว่าจะเป็นความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ ล้วนแต่ส่งผลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ผู้ใหญ่จึงควรเอาใจใส่ดูแลและตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นอย่างเหมาะสม

ปัญหาของวัยรุ่น

มีวัยรุ่นจำนวนหนึ่งที่ปรับตัวไม่ได้หรือปรับตัวไม่ถูกวิธี และกลายเป็นวัยรุ่นที่มีปัญหา ซึ่งอาจนำความเดือดร้อนมาสู่ตนเอง ครอบครัว และสังคม ซึ่งพบเห็นได้เป็นประจำ ได้แก่

1. วัยรุ่นที่ไม่มีความสุขในการเรียน ในช่วงวัยรุ่นจะเป็นช่วงการเรียนในชั้นสุดท้าย ซึ่งเป็นการเรียนที่ค่อนข้างหนัก ถ้าวัยรุ่นด้อยความสามารถในการเรียน ก็อาจจะมีพฤติกรรมทำผิดซ้ำแล้วซ้ำอีก เช่น การมาโรงเรียนสาย ถ้าผู้ใหญ่ไม่เข้าใจและลงโทษก็จะมีปฏิกิริยาโต้ตอบ เช่น หนีโรงเรียน สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ทำร้ายตัวเอง ฝ่าฝืนกฎระเบียบ การแก้ไขคือ ผู้ใหญ่ต้องให้โอกาสและทำให้เขารับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า
2. วัยรุ่นติดบุหรี่ ผู้ที่ติดบุหรี่แม้จะรู้โทษแต่ก็ทำเป็นไม่รู้ หรือมองเห็นว่าเป็นเรื่องเทห์ ทำให้ชายดูเป็นชาย ทำให้เด็กดูเป็นผู้ใหญ่ หรือบางทีก็สูบบุหรี่เพื่อน ผู้ที่ติดบุหรี่ตั้งแต่อายุน้อย จะทำให้เลิกยาก ซึ่งให้ทำเกิดผลเสียต่อสุขภาพตามมา
3. วัยรุ่นคิดยาหรือสารเสพติด สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นคิดยา คือ ความอยากลอง จากนิสัยอยากรู้ อยากเห็น ความอยากมีเพื่อน อยากเอาใจเพื่อนและตามใจเพื่อน ความผิดหวัง ความกดดัน จากครอบครัว การขาดความเอาใจใส่จากครูอาจารย์ในสถาบันการศึกษา
4. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการสอนเรื่องเพศศึกษา เพศศึกษาได้รับความสนใจและเป็นที่ถกเถียงกันมานานว่าควรจะสอนเมื่อเด็กอายุเท่าใด เนื้อหาที่สอนอย่างไรจึงจะเหมาะสม พ่อแม่บางคนเห็นว่าการสอนเรื่องเพศศึกษาเป็นเรื่องน่าอาย เป็นการชี้แนะให้เด็กเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงไม่เคยพูดเรื่องเพศศึกษากับลูกของตน ทำให้เด็กขาดความรู้และขาดที่ปรึกษาที่ดี เกิดความสับสน ในปัจจุบันการสอนเพศศึกษาควรมีการสอนทั้งที่บ้านและในสถานศึกษาทุกระดับ เพื่อให้เด็กเกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เพราะสังคมเปลี่ยนแปลงไปมาก วัยรุ่นหญิงชายมีโอกาสได้พบปะกันอย่างใกล้ชิด จนความสัมพันธ์อาจเกินเลยไปถึงขั้นการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจ ไม่พร้อม

ที่จะมีบุตร การสอนเพศสัมพันธ์ในปัจจุบันจะเน้นการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย คือ ไม่ตั้งครรภ์และไม่ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการติดเชื้อเอชไอวี

จากที่กล่าวทั้งหมดในเรื่องของวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างมากจนทำให้ตัววัยรุ่นเองเกิดความสับสน และถ้าวัยรุ่นไม่ได้รับความรู้ ไม่ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากพ่อแม่ผู้ปกครอง รวมทั้งบุคคลที่อยู่รอบข้าง ก็อาจจะทำให้วัยรุ่นมีการดำเนินชีวิตที่ผิดพลาด ทำให้วัยรุ่นล้มเหลวทางการศึกษา คิดสารเสพคิด หรือกลายเป็นพ่อแม่โดยไม่ตั้งใจ และติดเชื้อเอชไอวี

แนวคิดเรื่องแม่วัยรุ่น

การขาดความรู้ในเรื่องเพศศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นตั้งครรภ์และเกิดเป็นแม่วัยรุ่นตามมา วัยรุ่นที่มีบุตรมักจะเกิดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม (ถูกกระทำหรือไม่มีการป้องกัน) และเป็นการตั้งครรภ์นอกสมรส แม่วัยรุ่นจึงปกปิดปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์แต่ล่าช้า ไม่ได้รับการดูแลในระหว่างการตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม ทำให้มีผลเสียแก่มารดาและทารก โดยพบว่า ทารกที่คลอดมีน้ำหนักตัวน้อย มีการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าแม่วัยรุ่นใหญ่ อัตราการตายจากการคลอดสูง มารดามีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด จากความไม่พร้อมของการตั้งครรภ์ ประกอบกับการไม่มีเงินจำนวนมากพอที่จะทำแท้งในสถานบริการที่ปลอดภัย ทำให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ประมาณครึ่งหนึ่งที่ทำแท้งเลือกทำแท้งในสถานที่ที่ไม่ปลอดภัยและผิดกฎหมาย ผลที่ตามมา คือ ภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งอย่างรุนแรง ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น การแท้งไม่ครบหรือการตกค้างของชิ้นเนื้อในมดลูก การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ไตวายเฉียบพลัน การติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประมาณการว่า ในแต่ละปีต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยกว่าปีละ 100 ล้านบาท บางคนอาจเสียชีวิตจากการทำแท้ง โดยพบว่า ผู้หญิงที่ทำแท้งมีอัตราการเสียชีวิตสูงประมาณ 300 ต่อ 100,000 คน เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการตายจากการคลอดโดยรวมอยู่ที่ประมาณ 24 ต่อ 100,000 คน สูงกว่าแม่อายุ 20-24 ปี 3 เท่า ในส่วนของแม่วัยรุ่นที่ไม่ทำแท้งก็จะกลายมาเป็นแม่วัยรุ่น วุฒิภาวะไม่พร้อมที่จะเลี้ยงดูลูก ส่งผลกระทบต่อด้านจิตสังคมต่อแม่วัยรุ่น ทำให้ต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน เข้าสู่ระบบแรงงานก่อนวัยอันควร ซึ่งส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประเทศชาติ

มีการศึกษาเปรียบเทียบการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี กับแม่วัยรุ่นใหญ่ที่อายุ 20-34 ปี พบว่า ในระยะก่อนคลอด แม่วัยรุ่นมีภาวะซีดและเจ็บครรภ์บ่อยกว่าขณะคลอด พบการคลอดก่อนกำหนดและคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม มากกว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดสูงกว่าแม่วัยรุ่นใหญ่ 1.36 3.3 เท่า ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดและ

คลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม จะส่งผลต่อทารก โดยทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ตา และการติดเชื้อในกระแสเลือดมากกว่าทารกที่คลอดน้ำหนักตัวปกติ ในระยะที่เป็นทารก มีอัตราการตายจากการติดเชื้อในวัยทารกสูง ในวัยเด็ก ทำให้เกิดปัญหาน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และตัวเตี้ย ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีความสัมพันธ์กับภูมิคุ้มกันต่ำ พัฒนาการล่าช้า มีโอกาสเกิดปัญหาพัฒนาการบกพร่อง เมื่อโตขึ้นก็จะเป็นโรคสมาธิสั้นมากกว่า มีการศึกษาถึงค่า IQ (Intelligence quotient) ของเด็กในประเทศกำลังพัฒนา ประมาณการว่า ทารก 17 ล้านคนที่คลอดในแต่ละปีที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และที่รอดชีวิตจะประสบปัญหาความบกพร่องของสติปัญญา (Cognitive) เมื่อเปรียบเทียบกับทารกที่คลอดน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม จากการศึกษาค่า IQ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่าง ปี ค.ศ. 1959-1965 พบว่า

- ค่าเฉลี่ยของ IQ ของทารกที่คลอดน้ำหนัก 737-2,000 กรัม เท่ากับ 94
- ค่าเฉลี่ยของ IQ ของทารกที่คลอดน้ำหนัก 2,000-2,500 กรัม เท่ากับ 101
- ค่าเฉลี่ยของ IQ ของทารกที่คลอดน้ำหนัก 2,500-3,000 กรัม เท่ากับ 103

เด็กที่คลอดน้ำหนักตัวน้อยมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาเป็นโรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคเส้นเลือดสมองและหัวใจตีบ แดก ดัน มากกว่าเด็กที่คลอดน้ำหนักตัวปกติ (สุจิต คุณประดิษฐ์, 2547; เบนจพร ปัญญาขง, 2553; Thaithae & Thato, 2011)

จากการศึกษาในแม่วัยรุ่นในระยะหลังคลอด พบว่า มากกว่าครึ่งเป็นการตั้งครรภ์นอกสมรส เป็นนักเรียนนักศึกษาร้อยละ 16.4 และร้อยละ 56.2 ของแม่วัยรุ่นมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน โดยที่เกือบครึ่งหนึ่งมีรายได้ต่ำกว่า 2,500 บาท 1 ใน 3 ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากพ่อแม่ของตนเองหรือของสามีหรือญาติ มีเพียงร้อยละ 39.9 ที่ตั้งใจมีบุตร เคยตั้งใจทำแท้ง ในขณะที่ตั้งครรภ์ร้อยละ 16.4 ในขณะที่ร้อยละ 24.5 ยังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 12.4 เคยสูบบุหรี่ เคยใช้ยาเสพติดหรือยังใช้อยู่ และร้อยละ 19.0 เคยคิดฆ่าตัวตาย แม่วัยรุ่นมีความเครียดและความกังวลเรื่องสุขภาพของบุตร การเลี้ยงดูบุตร ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร การประกอบอาชีพ ความรับผิดชอบของบิดาคู่บุตรและการแจ้งชื่อบิดาเพื่อรับรองบุตร ก้าวการถูกดำเนินคดีที่ทำให้ครอบครัวอับอาย ในส่วนของสามีแม่วัยรุ่นร้อยละ 60.0 อายุมากกว่า 21 ปี ส่วนมากจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 2 ใน 3 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน โดยสามีของแม่วัยรุ่นร้อยละ 58.3 คู่ได้รับผิดชอบบุตรและภรรยาอย่างต่อเนื่อง แม่วัยรุ่นต้องการการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ในระดับปานกลาง ในด้านบริการสถานรับเลี้ยงบุตร เงินสงเคราะห์ช่วยเหลือครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร การฝึกอาชีพ บริการจัดหางาน บริการด้านการปรึกษาและให้คำแนะนำช่วยเหลือ (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2554) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

เป็นภาวะวิกฤติตามระยะพัฒนาการ (Developmental crisis) ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตใจค่อนข้างมาก ทำให้เกิดปัญหาหลายอย่างตามมาทั้งต่อมารดาและบุตร เนื่องจากเป็นการตั้งครรภ์ในขณะที่ร่างกายมารดายังเจริญเติบโตได้ไม่เต็มที่ ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนตามมา มากกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ (บุญทวี สุนทรลิมศิริ, ศรีสมร ภูมณสกุล และอรพินธ์ เจริญผล, 2552; กรมอนามัย, 2555)

จากที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ทราบว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนมากเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม อาจเกิดจากการถูกระงับหรือขาดความรู้ในการป้องกัน ทำให้ขณะตั้งครรภ์ได้รับการดูแลสุขภาพไม่ดีเท่าที่ควรถึงตั้งครรภ์ที่เป็นผู้ใหญ่ เนื่องจากการปกปิดตนเอง ส่งผลให้เกิดอันตรายจากการตั้งครรภ์ การคลอด และสุขภาพของบุตรตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ระยะคลอด จนกระทั่งโตเป็นผู้ใหญ่ ภายหลังคลอดก็ยังคงเกิดปัญหาตามมาทั้งกับตนเองและครอบครัว ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร การประกอบอาชีพของคนในครอบครัว และสิ่งที่ตามมาที่สำคัญ คือ ทำให้เสียโอกาสทางการศึกษา ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของแม่วัยรุ่นด้านการประกอบอาชีพในอนาคต

แนวคิดทฤษฎีครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดของสังคมแต่มีบทบาทสำคัญที่สุด ที่ส่งผลต่อลักษณะของสังคมในแต่ละแห่ง โดยมีองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ดังนี้ (สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2553)

ความหมายของครอบครัวตามโครงสร้าง (Family structure) หมายถึง องค์ประกอบย่อยของบุคคลที่มาอยู่ร่วมกัน (ตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป) ในลักษณะครัวเรือนและมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน โดยสายโลหิตหรือกฎหมาย รวมทั้งมีการดำเนินชีวิตร่วมกัน และมีการพึ่งพากันทางสังคมและเศรษฐกิจ

ความหมายของครอบครัวตามหน้าที่ (Family function) หมายถึง กิจกรรมหรืองานที่สมาชิกในครอบครัวควรกระทำตามบทบาทหรือสถานภาพในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตครอบครัวไปได้อย่างราบรื่น ทั้งนี้ ครอบครัวจะมีหน้าที่ต่อสมาชิกในครอบครัวในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว และยังมีหน้าที่ของครอบครัวต่อสังคมในฐานะที่เป็นสมาชิกของสังคมในการทำประโยชน์เพื่อสังคมด้วย

องค์ประกอบโครงสร้างของครอบครัว

องค์ประกอบย่อยภายในครอบครัวที่มีผลต่อโครงสร้างของครอบครัว ได้แก่

1. โครงสร้างบทบาท (Role structure) หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงถึงสภาพที่ตนดำรงอยู่ บทบาทและสถานภาพจะเป็นต้นแบบในการหล่อหลอมพฤติกรรมของบุคคล

โครงสร้างบทบาทภายในครอบครัวที่สำคัญแบ่งเป็น บทบาทเชิงเครื่องมือ (Expressive role) โดยบทบาทเชิงเครื่องมือเป็นบทบาทเกี่ยวกับระบบเศรษฐกิจภายในครอบครัว และความรับผิดชอบโดยตรงต่อการแสวงหาสิ่งจำเป็นหรือทรัพยากรสำหรับเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบทบาทของสามีหรือพ่อ และบทบาทเชิงอารมณ์เป็นบทบาทเกี่ยวกับการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งการให้การสนับสนุนด้านจิตใจ ครอบครัวที่ดีจำเป็นต้องมีโครงสร้างบทบาทที่ชัดเจนและสอดคล้องกับความต้องการของสมาชิกเพื่อการตอบสนองความต้องการที่ดี

2. ระบบค่านิยม (Value system) เป็นระบบความคิด ความเชื่อ และเจตคติที่เกิดจากการเรียนรู้ในครอบครัว และอาจได้รับอิทธิพลมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกครอบครัว มีการถ่ายทอดจากคนรุ่นเก่าไปสู่คนรุ่นใหม่ โดยทั่วไปบุคคลจะได้รับอิทธิพลจากการปลูกฝังค่านิยมจากครอบครัวมากกว่าแหล่งอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็น โรงเรียน ศาสนา ชุมชน ฯลฯ โครงสร้างของระบบค่านิยมแสดงให้เห็นหลักในการดำเนินชีวิตครอบครัว ถ้าครอบครัวมีระบบค่านิยมที่สอดคล้องกับสังคมยุคใหม่ ครอบครัวนั้นจะอยู่ในชุมชนได้อย่างราบรื่น ทำให้ครอบครัวนั้นเข้ากับบุคคลภายนอกได้ง่าย

3. กระบวนการสื่อสาร (Communication process) การสื่อสารเป็นกระบวนการร่วมรับรู้ ข่าวสาร ความคิดเห็น ค่านิยม ตลอดจนอารมณ์ ความรู้สึก ของบุคคลและผู้อื่น และเป็นวิถีทางที่จะทำให้รู้จักตนเองและผู้อื่น ได้ดียิ่งขึ้น ครอบครัวจำเป็นต้องมีการสื่อสารที่ดี เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่และมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างสมาชิก ครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ดีจะสามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ดี เพราะการสื่อสารที่ดีจะทำให้สมาชิกมีความเข้าใจ ยอมรับความคิดเห็นและเหตุผลที่แตกต่างกัน ปรับพฤติกรรมเข้าหากันได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีความราบรื่นในการดำเนินชีวิตครอบครัว ถ้าครอบครัวไม่มีมีการสื่อสารที่ดี จะทำให้เกิดความไม่เข้าใจกัน ระแวง ไม่มั่นใจ และอาจทำให้เกิดความแตกแยกในครอบครัวขึ้นได้

4. โครงสร้างอำนาจ (Power system) หมายถึง การที่สมาชิกคนใดคนหนึ่งหรือหลายคนในครอบครัวสามารถควบคุมหรือแสดงอิทธิพลเหนือพฤติกรรมของสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว โดยเป็นผู้ที่ใช้อำนาจในการตัดสินใจในครอบครัว และยังมีอำนาจในการให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัว เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ลูก ที่ส่วนใหญ่จะใช้อำนาจในการลงโทษลูก เป็นต้น

องค์ประกอบหน้าที่ของครอบครัว

ครอบครัวมีหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่

1. หน้าที่ของความรักความเอาใจใส่ (Affective function) เป็นการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของสมาชิก แสดงออกโดยการให้ความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่แก่สมาชิก เพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพจิตดี มีบุคลิกภาพมั่นคง

2. หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดู (Socialization function) ทำหน้าที่ในการพัฒนาแบบแผนพฤติกรรมตลอดชีวิตของสมาชิกอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการปลูกฝัง ส่งเสริมลักษณะนิสัยที่พึงามการวางแผนตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม การเรียนรู้ระเบียบทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งจะทำให้เด็กพร้อมที่จะเป็นผู้ใหญ่ที่ดีมีคุณภาพในอนาคต ถือได้ว่าเป็นกระบวนการปรับพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลตอบสนองสถานการณ์ในสังคมตามต้องการ อันเป็นผลมาจากการเรียนรู้บทบาทในสังคม และได้ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

3. หน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่ (Reproductive function) เป็นการทำหน้าที่ในการสร้างหรือในการผลิตสมาชิกใหม่ให้กับครอบครัว สำหรับครอบครัว หน้าที่นี้เป็นการสืบสกุลให้ครอบครัวทำให้สังคมมีจำนวนสมาชิกเพิ่มขึ้น เป็นหน้าที่ในการสืบเผ่าพันธุ์เชื้อสายของมนุษย์

4. หน้าที่ในการเผชิญปัญหาของครอบครัว (Family coping function) โดยทำหน้าที่ในการจัดการและคลี่คลายวิกฤติต่าง ๆ ในครอบครัวในทางสร้างสรรค์ เพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลภายในครอบครัวในการดำเนินชีวิต ซึ่งอาจถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ทั้งที่เป็นบุคคล สิ่งของ สถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะเครียดในครอบครัว เช่น การเสียชีวิต การเจ็บป่วย ปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

5. หน้าที่ในการจัดการทรัพยากรทางเศรษฐกิจ (Economic function) เป็นการทำหน้าที่ในการแสวงหารายได้ที่ได้มาเพื่อนำมาใช้จ่ายต่าง ๆ อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ

6. หน้าที่ในการจัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกายภาพสำหรับสมาชิก (Provision of physical necessities) เป็นหน้าที่ในการจัดหาสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิตสำหรับสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ ปังจยี่ บริการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เป็นต้น

ประเภทของครอบครัว

ในสังคมไทยประกอบด้วยครอบครัวหลายลักษณะ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบใหญ่ ได้แก่ (สนิท สมัครการ, 2538)

1. ครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวพื้นฐาน (Nuclear or Elementary family) ประกอบด้วยสมาชิก 2 ระดับ คือ บิดา มารดา และบุตรธิดา ครอบครัวแบบนี้เกิดขึ้นง่าย และเป็นรากฐานของครอบครัวแบบอื่น ๆ ปัจจุบันพบมากสังคมเมือง

2. ครอบครัวขยาย (Extended or Joint family) ประกอบด้วยสมาชิก 3 รุ่น ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ และลูก อยู่ในครอบครัวเดียวกัน เป็นลักษณะของครอบครัวไทยในชนบท มีลักษณะที่สำคัญ คือ การเคารพผู้ใหญ่ การเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากผู้อาวุโสในครอบครัว

3. ครอบครัวผสมหรือครอบครัวซ้อน (Composite or Compound family) หมายถึง ครอบครัวที่ชายหรือหญิงมีคู่ชีวิตได้มากกว่า 1 คน และนำมาอาศัยอยู่รวมกัน ในครอบครัวเดียวกัน พบได้ในครอบครัวของผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามหรือผู้ที่ประกอบกิจการขนาดใหญ่และใช้ระบบครอบครัวดูแลกิจการ

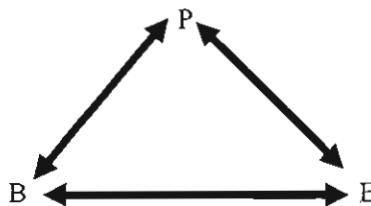
4. ครอบครัวสาระ (Essential family) เป็นครอบครัวที่มีเฉพาะแม่และลูก ๆ โดยที่พ่อต้องไปทำงานทำในที่อยู่ไกลจากที่พักหรือต่างจังหวัดเป็นเวลาหลายวัน

ครอบครัวแม้จะเป็นหน่วยสังคมขนาดเล็กแต่มีความสำคัญมาก เพราะเป็นรากฐานของสังคม องค์ประกอบของครอบครัว ได้แก่ โครงสร้างและหน้าที่ โดยแต่ละองค์ประกอบย่อยมีหน้าที่สำคัญ คือ การผลิตสมาชิกให้กับสังคม เป็นต้นแบบของสมาชิกที่เกิดขึ้น การทำหน้าที่อย่างเหมาะสมของบุคคลในครอบครัวทำให้เกิดประชาชนที่มีคุณภาพของสังคม ในทางตรงกันข้ามประชาชนที่ไม่มีคุณภาพเกิดจากความบกพร่องในการทำหน้าที่อบรมเลี้ยงดู ในปัจจุบันลักษณะครอบครัวไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทั้งในเขตเมืองและชนบท

ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม

ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม ได้รับการพัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาวแคนาดาชื่อว่า Albert Bandura เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการคิด การกระทำ และอิทธิพลของการอ้างอิงในตนเอง (Self-referential) ต่อการจูงใจ ความรู้สึกลึกและการกระทำ

การเรียนรู้ตามความหมายของ Bandura คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอก โดย Bandura เชื่อว่า การได้รับความรู้ใหม่ ๆ ถือว่า ได้เกิดการเรียนรู้ขึ้น แล้วเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน เช่น การรับรู้ ความคิด ความเชื่อ และการเรียนรู้ภายในนี้ ไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออกเป็นการกระทำทุกครั้ง แต่จะมีการแสดงออกเมื่อมีโอกาส โดยมีความรู้ภายในที่มีอยู่เป็นแรงผลักดัน ตามหลักทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคมของ Bandura เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลง โดยมีปัจจัยทางสภาพสิ่งแวดล้อม (Environment) และปัจจัยภายในตัวบุคคล (Personal factors) เป็นสิ่งกำหนดปัจจัยซึ่งกันและกัน (Triadic dynamic and reciprocal) ซึ่ง Bandura เรียกรูปแบบความสัมพันธ์นี้ว่า Reciprocal determinism (Bandura, 1977, 1986) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงการกำหนดซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยทางพฤติกรรม (B) สภาพแวดล้อม (E) และปัจจัยส่วนบุคคล (P) (Bandura, 1977)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของบุคคล พฤติกรรมที่ต้องการ สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรม การกำหนดซึ่งกันและกัน โดยที่บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลเหนือกว่าปัจจัยอื่นและอิทธิพลที่ทำให้เกิดก็ไม่เกิดขึ้นพร้อมกัน (Bandura, 1989) เมื่อพิจารณาปัจจัยที่กำหนดซึ่งกันและกันที่ละคู่พบว่า

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับพฤติกรรม ($P \leftrightarrow B$) เป็นอิทธิพลที่มีต่อกันระหว่างความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และคุณสมบัติทางชีวภาพกับการกระทำ เช่น การรับรู้ ความเชื่อ เจตนา เป้าหมาย จะกำหนดทิศทางของการกระทำ ในลักษณะเดียวกัน การกระทำที่เกิดขึ้นก็มีส่วนกำหนดความคิด อารมณ์ของบุคคลอื่น

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมกับปัจจัยส่วนบุคคล ($E \leftrightarrow P$) เป็นอิทธิพลที่มีต่อกันระหว่างความคาดหวัง ความเชื่อ ความสามารถทางปัญญาของบุคคลที่ถูกพัฒนาและปรับเปลี่ยนเนื่องจากอิทธิพลของสังคม เป็นแหล่งข้อมูลกระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์ผ่านตัวแบบ โดยการสอน การชักจูงทางสังคม (Bandura, 1986) และบุคคลจะมีการตอบสนองแตกต่างกันเนื่องจากลักษณะทางกายภาพ เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ความดึงดูดของรูปร่างหน้าตา

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมกับปัจจัยส่วนบุคคล ($B \leftrightarrow E$) Bandura กล่าวว่าบุคคลเป็นทั้งผู้ผลิตและผลผลิตจากสิ่งแวดล้อม (Bandura, 1986, 1977) โดยพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงจากสภาพแวดล้อม และพฤติกรรมของบุคคลก็เป็นปัจจัยที่ทำให้สภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงได้

จากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้ง 3 ที่กำหนดซึ่งกันและกัน Bandura ยังมีแนวคิดเรื่องอื่น ๆ เช่น การที่ Bandura เชื่อว่า บุคคลมีความสามารถขั้นพื้นฐาน ซึ่งในทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมได้จำแนกความสามารถขั้นพื้นฐานของบุคคลออกเป็น 5 อย่าง ดังนี้ (Bandura, 1986)

1. ความสามารถทางสัญลักษณ์ (Symbolizing capability) บุคคลมีความสามารถในกระบวนการทางปัญญา ในการสร้างความหมาย สร้างสัญลักษณ์ เก็บจำข้อมูลต่าง ๆ และสามารถนำออกมาใช้ได้ในอนาคต กระบวนการนี้ทำให้บุคคลมีความสามารถในการจดจำข้อมูลต่าง ๆ
2. ความสามารถในการสังเกต (Vicarious capability) ความสามารถที่เกิดจากการเรียนรู้การสังเกตการกระทำของคนอื่น ช่วยให้บุคคลพัฒนาความคิดที่ว่า พฤติกรรมใหม่เกิดขึ้นได้อย่างไร โดยไม่ต้องเป็นผู้กระทำเอง ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตถูกใส่เป็นรหัสสัญลักษณ์ การเรียนรู้แบบนี้จะแตกต่างจากการเรียนรู้แบบลองผิดลองถูกที่ต้องใช้เวลาในการเรียนรู้และอาจเกิดอันตรายในบางพฤติกรรม การเรียนรู้โดยการสังเกตต้องประกอบด้วยกระบวนการหลัก 4 กระบวนการ ได้แก่

2.1 กระบวนการใส่ใจ (Attention process) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นทั้งในส่วนของตัวแบบและผู้สังเกต ผู้สังเกตจะสนใจต่อพฤติกรรมของตัวแบบอย่างตั้งใจ

2.2 กระบวนการเก็บจำ (Retention process) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในที่ทำให้ข้อมูลถูกแปลงเป็นรหัสภาพและภาษาถูกจัดเก็บเข้าสู่ระบบความจำ

2.3 การปฏิบัติ (Performance process) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำออกมาเป็นการกระทำ

2.4 กระบวนการจูงใจ (Motivation process) เป็นกระบวนการของสิ่งล่อใจภายนอกทั้งที่เป็นรูปธรรม เช่น วัตถุสิ่งของ และนามธรรม เช่น การยอมรับ ชื่อเสียงเกียรติยศ

การเสนอตัวต้นแบบ (Modeling)

การเสนอตัวต้นแบบ หมายถึง การที่บุคคลเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่น และนำมาสร้างเป็นความคิดของตนเองว่าจะสร้างพฤติกรรมใหม่ได้อย่างไร ซึ่งความคิดนี้ถูกใส่รหัสเก็บเป็นข้อมูลไว้เป็นเครื่องชี้แนะการแสดงพฤติกรรม ซึ่งอย่างน้อยพฤติกรรมที่เกิดขึ้นใหม่ก็มีรูปแบบที่ใกล้เคียงกัน องค์ประกอบทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ในลักษณะการเลียนแบบบุคคลอื่น โดยการเลือกและคัดแปลงพฤติกรรมคนอื่น การเรียนรู้โดยได้รับประสบการณ์ตรงทำให้เกิดการตอบสนองโดยทันที (Instantaneous matching) การเรียนรู้สามารถเกิดจากการสะสมและแสดงพฤติกรรมภายหลัง (Delayed matching) พฤติกรรมของบุคคลทั้งที่ไม่เกิดขึ้น เกิดขึ้น และเปลี่ยนแปลงไป เกิดจากปัจจัยสภาพแวดล้อมร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคล ตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น (Bandura, 1977)

3. ความสามารถในการคาดการณ์ (Forethought capability) ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายและกำกับได้โดยการคาดการณ์ ซึ่งบุคคลสามารถจูงใจตนเอง และนำทางได้ด้วยตนเอง บุคคลสามารถคาดหวังว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับคนอื่นอาจจะเกิดขึ้นกับตนเองได้ และตนเองก็จะแสดงพฤติกรรมเช่นเดียวกับบุคคลอื่น นอกจากนั้น บุคคลยังสามารถประเมินผลที่จะเกิดจากการกระทำได้ว่าทำให้เกิดความพึงพอใจหรือมีคุณค่าหรือไม่เพียงใด

4. ความสามารถในการกำกับตนเอง (Self-regulation capability) การกำกับตนเอง เป็นกลไกควบคุมภายใน ทำหน้าที่กำกับบุคคลในการแสดงพฤติกรรม ทำให้บุคคลสามารถควบคุมความสามารถ ความรู้สึก การจูงใจ และการกระทำต่าง ๆ รวมทั้งการจัดหาผลลัพธ์ของการกระทำที่ต้องการด้วยตนเอง ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดความยั่งยืนร่วมกับการเสริมแรงและการลงโทษ

5. ความสามารถในการได้คอบตนเอง (Self-reflective capability) เป็นความสามารถที่จะให้บุคคลวิเคราะห์ความสามารถของตนเองว่าทำอะไรได้หรือไม่มากนักน้อยเพียงใด กระบวนการ

ที่สำคัญ คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งกระบวนการนี้จะนำบุคคลไปสู่ความสำเร็จ โดยมีความพยายามที่ทุ่มเทกับการกระทำที่เชื่อว่าตนมีความสามารถ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถที่จะจัดการและดำเนินการเพื่อให้พฤติกรรมบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยความเชื่อนี้ จะเป็นสิ่งกำหนดความคิด ความรู้สึก จูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมในระดับต่าง ๆ (Bandura, 2003) บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองสูง เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือสิ่งที่ยากลำบาก ก็สามารถแก้ไขได้โดยใช้ความพยายาม แต่ถ้าเกิดความล้มเหลวก็จะมองว่าเกิดจากความพยายามที่ไม่เพียงพอ หรือเกิดจากการขาดความรู้และทักษะที่ดี การรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะทำให้บุคคลประสบความสำเร็จ ซึ่งตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ จะมองว่าทุกอย่างเป็นภาวะคุกคาม จึงพยายามที่จะหลีกเลี่ยง เมื่อเกิดความผิดพลาดจะมองว่าตนเองด้อยความสามารถ

การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของบุคคลและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น โดยมีผลต่อการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถและคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นด้านใด ทั้งสูงและต่ำ คู่กันหรือทั้งสองด้าน บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่แสดงพฤติกรรม ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้สูง ทั้งสองด้าน บุคคลนั้นย่อมแสดงพฤติกรรมนั้นแน่นอน (Bandura, 1978)

		ความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง	สูง	แนวโน้มที่จะทำแน่นอน	แนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	แนวโน้มที่จะไม่ทำ	แนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Bandura, 1978)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองประกอบด้วยปัจจัย 4 ประการ ได้แก่ (Bandura, 1997 อ้างถึงใน รัชณี สรรเสริญ, 2548)

1. การประสบความสำเร็จจากความสามารถของตนเอง (Mastery experience) กล่าวคือ ถ้าบุคคลใดได้กระทำพฤติกรรมอย่างหนึ่งอย่างใดแล้วเกิดความสำเร็จ ก็จะช่วยเสริมความสามารถ ซึ่ง Bandura เชื่อว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด

2. การได้รับประสบการณ์จากต้นแบบ (Vicarious experience) กล่าวคือ ถ้าบุคคลได้เห็นต้นแบบที่สนใจ ประสบความสำเร็จ และได้รับผลเป็นที่พอใจ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่า ถ้าเขาแสดงพฤติกรรมเช่นเดียวกันย่อมได้รับผลสำเร็จเช่นเดียวกัน

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) บุคคลที่ได้รับการบอกเล่าจากบุคคลอื่นว่ามีความสามารถ ก็สามารถจูงใจให้เกิดความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้น แต่การใช้คำพูดชักจูงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ควรใช้การประสบความสำเร็จจากความสามารถของตนเองร่วมด้วย

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง หากถูกกระตุ้นในทางบวก เช่น บรรยากาศที่เป็นมิตร ก็จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรม ในทางตรงกันข้าม ถ้ากระตุ้นในทางลบ เช่น การข่มขู่ ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ก็จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมได้ไม่ดี เกิดความล้มเหลว

สรุปว่า การเรียนรู้ คือ การได้รับความรู้ใหม่ ๆ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งภายนอกและภายใน (แสดงออกและไม่แสดงออก) โดยพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงเกิดจากปัจจัยทางสภาพสิ่งแวดล้อมและปัจจัยภายในตัวบุคคล โดยเป็นสิ่งที่กำหนดปัจจัยซึ่งกันและกัน นอกจากความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้ง 3 แล้ว การเรียนรู้ยังขึ้นอยู่กับความแตกต่างของบุคคล พฤติกรรมที่ต้องการ สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรม และการเรียนรู้เป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้

ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ จากการได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายสังคม ซึ่งได้แก่ ครอบครัวตนเอง ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน หน่วยงานต่าง ๆ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิริยาทางสังคม ทำให้ได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายของสังคมและครอบครัวของตนเอง ซึ่งได้แก่ การประคับประคองด้านอารมณ์ การให้ข้อมูล คำแนะนำต่าง ๆ เงิน สิ่งของ ความรักความผูกพัน ทำให้บุคคลเกิดกำลังใจและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (Lazarus & Folkman, 1984)

Weiss (1974) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคมเพื่อสนับสนุนกันในด้านต่าง ๆ เช่น ความรัก ความผูกพัน ทำให้บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย เป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง โดยการช่วยเหลืออยู่ในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งรวมทั้งคำแนะนำ ซึ่ง Weiss ได้แบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1. การได้รับความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) เป็นสัมพันธ์ภาพที่เป็นความผูกพัน มีความใกล้ชิด ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นที่รักใคร่ ได้รับการเอาใจใส่ดูแล ทำให้เกิดความอบอุ่นและปลอดภัย

2. การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) คือ การมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แบ่งปันกำลังใจ ได้รับการช่วยเหลือด้านกำลังใจ มีความหวังซึ่งกันและกัน มีความเป็นเจ้าของร่วมกัน ได้รับการยอมรับจากกลุ่มว่ามีคุณค่า ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนในด้านนี้จะทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อน ขาดที่ปรึกษา ขาดผู้ที่เห็นใจและเข้าใจ ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้ หมดกำลังใจ และสิ้นหวัง

3. การมีโอกาสได้อุปถัมภ์คำชูผู้อื่น (Opportunity for nurturance) คือ การที่บุคคลต้องรับผิดชอบในการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้ผู้อื่นดำรงชีวิตอยู่ได้ มีความสุขสบาย ในขณะที่ตนเองก็จะมีความรู้สึกว่าเป็นที่ที่ต้องการและเป็นที่พักพิงของผู้อื่นได้ การสนับสนุนด้านนี้ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าชีวิตตนเองมีคุณค่า

4. การได้รับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Reassurance of worth) คือ การได้รับการยกย่อง เคารพ และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมจนเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม การสนับสนุนด้านนี้ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นบุคคลที่มีประโยชน์

5. การได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ (Assistance) คือ การได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง สำหรับการดำรงชีวิตเพื่อใช้ในการแก้ปัญหาและเผชิญกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น

นอกจาก Weiss ก็ยังมีนักทฤษฎีหลายท่านที่มีผลงานเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม เช่น Pender et al. (2006) Lazarus and Folkman (1984) Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) และ Cobb (1976) ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้ ในส่วนของ Pender et al. (2006) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความรู้สึกของการได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งข้อมูลย้อนกลับ เพื่อที่จะนำไปใช้

ในการแก้ปัญหาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสนับสนุนดังกล่าวได้รับจากบุคคลที่อยู่ในระบบสังคม ซึ่ง Pender ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ ดังนี้

1. ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) เป็นแหล่งสนับสนุนที่อยู่ใกล้ชิดที่สุดและมีบทบาทสำคัญที่สุด เนื่องจากให้การสนับสนุนในทุกช่วงของชีวิตและในทุกเรื่อง ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง
 2. ระบบการสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนจากบุคคลที่มีประสบการณ์ มีความชำนาญในเรื่องที่ต้องการความช่วยเหลือ และสามารถติดต่อให้การช่วยเหลือระหว่างกันได้ง่าย
 3. ระบบสนับสนุนจากองค์กรด้านศาสนา (Organized religious support system) เป็นการสนับสนุนที่เปิดโอกาสให้บุคคลที่ต้องการรับความช่วยเหลือได้มีการพบปะเพื่อแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอนทางศาสนา คำแนะนำในการดำเนินชีวิต
 4. ระบบสนับสนุนจากองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized professional support system) เป็นแหล่งสนับสนุนแหล่งแรกในกรณีที่ผู้ต้องการรับการสนับสนุนเป็นผู้ป่วย โดยให้การดูแล ช่วยเหลือ ในกรณีที่ไม่ได้รับหรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อนไม่เพียงพอ
 5. การสนับสนุนจากกลุ่มองค์กรอื่น ๆ (Organized self-help support groups) เป็นการสนับสนุนจากการบริการของกลุ่มอาสาสมัครต่าง ๆ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อเป็นสื่อกลางให้ผู้ที่ต้องการรับการสนับสนุนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม
- Pender et al. (2006) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพและสวัสดิภาพว่ามีประโยชน์ดังนี้

1. ช่วยส่งเสริมพัฒนาการ โดยทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเองเพิ่มขึ้น
 2. ลดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต
 3. ทำให้บุคคลมั่นใจว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เนื่องจากมีกิจกรรมร่วมกับสังคม และเป็นที่ต้องการของสังคม
 4. ลดผลกระทบด้านลบที่กำลังเกิดขึ้น เช่น ลดการตีความของเหตุการณ์ที่เกิดความตึงเครียดรวมทั้งการตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- จากที่กล่าวมาสรุปว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ ทั้งที่เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิด เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือจากบุคคล องค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในรูปของวัตถุสิ่งของ เงิน การให้ที่อยู่อาศัย ความรู้ ฯลฯ เพื่อให้บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเองและมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

ทฤษฎีการดำรงบทบาทเป็นมารดา

ที่ผ่านมาพบว่า มีนักวิจัยที่ทำการศึกษาและขยายแนวคิดเกี่ยวกับการดำรงบทบาทการเป็นมารดา ได้แก่ Rubin (1967) Mercer (2006) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นแนวคิดในการวิจัยในครั้งนี้

Rubin (1967) ได้ให้ความหมายของการดำรงบทบาทการเป็นมารดาว่า เป็นกระบวนการที่นำผู้หญิง ไปสู่บทบาทที่เป็นเอกลักษณ์ของความเป็นมารดา โดยขั้นตอนของกระบวนการเริ่มตั้งแต่การตั้งครรภ์ ซึ่งเหมือนกับการเลียนแบบ การแสดงบทบาทสมมุติ เป็นการจินตนาการเป็นเอกลักษณ์ ผู้หญิงจะมีการค้นหาข้อมูล มีการเลียนแบบโดยการสังเกต ค้นหารูปแบบที่ดีที่สุด ในตัวเองเพื่อความเป็นแม่ ผลจากการสังเกตพฤติกรรมและการเลียนแบบทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งการไม่แสดงพฤติกรรมที่คิดว่าไม่เหมาะสม ความคิดของผู้หญิงในความเป็นแม่เป็นภาวะทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด และเอกลักษณ์ที่ว่าจะคงอยู่ในความเป็นแม่ของผู้หญิงคนนั้น การเลือกรับรู้ของผู้หญิงที่เป็นแม่เกิดจากความคิดและเอกลักษณ์ของตนเองซึ่งวิเคราะห์ได้จากลักษณะเฉพาะ ทักษะ และความสำเร็จของแต่ละบุคคล

บทบาทของมารดาเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดากับบุตร โดยมารดาต้องการตอบสนองความต้องการของบุตรในด้านต่าง ๆ ทำให้มารดามีการแสดงพฤติกรรม ได้แก่ ทักษะคิดก่อนบุตร และพฤติกรรมการดูแลบุตร ซึ่งพฤติกรรมของมารดาที่แสดงต่อบุตรทำให้บุตรมีการเจริญเติบโต และมีพัฒนาการที่ดีขึ้น (Reeder, Mastroiani, & Martin, 1983) Mercer ได้ทำการศึกษองค์ประกอบที่เน้นการดำรงบทบาทของมารดา โดยการนำทฤษฎีของ Thorton and Nadies (1975 cited in Mercer, 2004) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เพื่ออธิบายการดำรงบทบาทมารดา พบว่าเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยระยะต่าง ๆ ดังนี้

1. ระยะเตรียมเข้าสู่บทบาท (Anticipatory stage) ระยะนี้เป็นระยะที่เกิดขึ้นก่อนการตั้งครรภ์ เป็นช่วงของการเตรียมทางด้านจิตสังคม ในการรับบทบาทใหม่ ซึ่งต้องใช้จินตนาการ การคาดการณ์ บทบาทของตนกับบุตรที่จะมาอยู่ในครรภ์ และเตรียมฝึกบทบาทการเลี้ยงดู

2. ระยะการแสดงบทบาทตามรูปแบบและความคาดหวังของบุคคลอื่น (Formal stage) เป็นระยะของการแสดงบทบาทมารดาในระยะแรกภายหลังการคลอดตามคำแนะนำหรือการชี้แนะของบุคคลต่าง ๆ ในสังคมของมารดาแต่ละคน เช่น คู่สมรส มารดาของตนเอง เพื่อน บุคลากรด้านสุขภาพ เป็นช่วงที่มารดาแสวงหาและคัดเลือกพฤติกรรมที่เป็นบทบาทของมารดาที่คิดว่าเหมาะสม ตามความคิดของตนเองและความคาดหวังของสังคม

3. ระยะพัฒนาบทบาทที่เป็นของตนเอง (Informal stage) มารดาจะมีการพัฒนาบทบาทความเป็นมารดาตั้งแต่แรก เป็นการกระทำตามคำแนะนำของผู้อื่น มาเป็นการตัดสินใจของตนเอง

ในการดูแลบุตร ซึ่งแสดงให้เห็นว่า มารดามีการพิจารณาและคัดเลือกบทบาทที่เหมาะสมกับตนเอง (Rubin, 1967)

4. ละครับบทบาทเข้าเป็นส่วนหนึ่งของตนเอง (Personal stage) ช่วงนี้อยู่ระหว่าง 1-4 เดือนแรกหลังคลอด ซึ่งมารดามีการแสดงบทบาทที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเอง มีความมั่นใจในการแสดงบทบาทมารดา มีความพึงพอใจกับบทบาทของตนเอง ทำให้ผสมผสานบทบาทของมารดาเข้ากับบทบาทอื่น ๆ ได้ เช่น มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร มีความรู้สึกถึงความเป็นตัวเอง ซึ่งระยะเวลาของการเกิดอาจแตกต่างกันบ้าง ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล โดยความรู้สึกของการเป็นมารดา จะถูกยอมรับตลอดไป เช่นเดียวกับการยอมรับความรู้สึกอื่น ๆ (Mercer, 1980, 1981, 1985, 1986, 1995)

ภายหลังคลอดบุตร แม่หลังคลอดมีภาระหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติหลายประการ เช่น หน้าที่ในการดำรงบทบาทเป็นมารดา การดูแลบ้านเรือน การดูแลสุขภาพตนเอง การประกอบอาชีพ และภารกิจต่าง ๆ ซึ่งภารกิจที่สำคัญที่สุดของการดำรงบทบาทเป็นมารดา คือ การเลี้ยงดูบุตร ทำให้มารดาต้องมีการปรับตัวหลายด้าน ซึ่งได้แก่ (Jensen & Bobak, 1985)

ยอมรับบุตร โดยยอมรับลักษณะของบุตรทั้งด้านสภาพร่างกายและลักษณะนิสัย เช่น

1. การยอมรับเพศบุตรที่ไม่ตรงกับเพศที่ต้องการ การอดทนกับบุตรที่เลี้ยงยาก
2. ตระหนักว่าบุตรเป็นผู้ที่ต้องการพึ่งพามารดาอย่างสูง โดยเฉพาะเมื่อยังเป็นทารก
3. มารดาต้องปรับตัวเพื่อแสดงบทบาทในการเลี้ยงดู เช่น การให้ความรัก โดยการอุ้ม การกอด การให้นม การเลี้ยงดูอื่น ๆ
4. ประเมินความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการเลี้ยงดูทารก โดยประเมินจากสุขภาพและพฤติกรรมที่ทารกแสดงออก เช่น น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น การนอนหลับ พัฒนาการในช่วงต่าง ๆ ของวัย
5. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อคู่สมรส เพื่อดำรงบทบาทของความเป็นครอบครัวที่มีลูกเป็นสมาชิกใหม่

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงบทบาทมารดา

กระบวนการและปัจจัยการดำรงบทบาทมารดาแยกออกเป็น 4 ระยะ โดยที่ในแต่ละระยะไม่สามารถแยกออกจากกันได้ชัดเจน แต่มีการเกิดที่ทับซ้อนหรือเหลื่อมกันเสมอ โดยมีปัจจัยการเกิด 3 ปัจจัย ได้แก่ มารดา บุตร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งก็มีความเกี่ยวพันกันทั้ง 3 ปัจจัย

1. ปัจจัยด้านมารดา พบว่า ลักษณะและประสบการณ์ของมารดา เช่น อายุ การศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ การรับรู้การคลอดบุตร การแยกบุตรออกจากมารดาในระยะแรกของการคลอด อุปนิสัยใจคอ นุคลิกลักษณะส่วนบุคคล ความเครียด อึดมโนทัศน์ ทศนคติในการเลี้ยงดูบุตร

สุขภาพของมารดา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงบทบาทเป็นมารดา จากการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแม่ จำนวน 3 กลุ่ม ในระยะเวลา 1 ปี โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามช่วงอายุ คือ 15-19 ปี 20-29 ปี และ 30-34 ปี เก็บข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมโดยผู้วิจัย พบว่า ร้อยละ 64 ประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทเป็นมารดาในระยะเวลา 4 เดือนแรกหลังการคลอด แต่มีมารดาหลังคลอด ร้อยละ 4 ไม่สามารถดำรงบทบาทมารดาได้ในช่วง 1 ปี ในส่วนแม่วัยรุ่น พบว่า ความผูกพันกับลูกลดลงในช่วง 8-12 เดือน ตรงกันข้ามกับแม่วัยผู้ใหญ่ที่มีความผูกพันเพิ่มขึ้น (Mercer, 2004, 2006)

การศึกษาของ Mercer and Ferketich (1990) เปรียบเทียบความผูกพันระหว่างแม่กับลูกในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาสที่ 3 ซึ่งพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล โดยกลุ่มแรกเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ ส่วนอีกกลุ่มเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ศึกษาติดตามในช่วงเดือนที่ 1, 4 และ 8 หลังคลอด พบว่า แม่ที่มีความเสี่ยงสูงมีความผูกพันกับลูกมากกว่าแม่ที่มีความเสี่ยงต่ำ ในขณะที่การศึกษาของ Mercer and Ferketich (1994 b) พบว่า ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าทำให้ความผูกพันระหว่างแม่กับลูกลดลง และการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพของ Sandelowski and Barros (2003) พบว่า แม่ที่มีการติดเชื้อ HIV จะมีความรู้สึกทางลบอย่างรุนแรงต่อการเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมความเป็นแม่ในเวลา การเลี้ยงดูบุตร

2. ปัจจัยด้านบุตร เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะบุตร เช่น น้ำหนักทารกเมื่อแรกคลอด โดยพบว่า ทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงบทบาทมารดา ลำดับการเป็นบุตร ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของบุตร ลักษณะร่างกายภายนอก และภาวะสุขภาพของบุตร รวมทั้งการเข้าใจพฤติกรรมของบุตรเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความมั่นใจของมารดา ในการแสดงบทบาทในระยะ 3 เดือนแรกหลังคลอด โดยการเข้าใจพฤติกรรมและการตอบสนองระหว่างมารดาและบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการรับรู้ความสามารถและความมั่นใจในการเป็นมารดา (Mercer, 2004)

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งแม่และลูกจะมีความผูกพันกันอย่างแนบแน่น ด้วยปัจจัยสิ่งแวดล้อมหลัก 3 ประการ ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งอื่น ๆ กระบวนการการดำรงบทบาทมารดา และพัฒนาการของลูก (Mercer, 1995; Meighan, 2006) โดยระดับปฏิสัมพันธ์ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยมีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก แม่และลูกเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันอย่างมาก โดยรวมถึงครอบครัว เพื่อนที่ให้การสนับสนุน (บางครั้งก็สร้างความเครียด) คุณค่าของครอบครัว วัฒนธรรมในการดำรงบทบาทความเป็นแม่ของแต่ละครอบครัว เพื่อนและการดูแลสุขภาพเป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ชิดในชุมชน วัฒนธรรม การจ้างงาน ความปลอดภัย

การพักผ่อนหย่อนใจ สิ่งแวดล้อมในชุมชนมีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับสังคมขนาดใหญ่ ซึ่งในสังคมขนาดใหญ่ก็มีความเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม กฎหมายที่มีผลต่อสุขภาพของแม่และเด็ก เช่น การกระทำรุนแรงต่อเด็กและการช่วยเหลือเด็ก (Mercer, 2006)

สรุปว่า การดำรงบทบาทมารดาเป็นกระบวนการที่หญิงตั้งครรภพัฒนาตนเอง เพื่อเอกลักษณ์ความเป็นแม่ โดยการค้นหาตนเองจากการศึกษาหาข้อมูล การสังเกต การแสดง พฤติกรรมเลียนแบบ ซึ่งระยะของการพัฒนาเริ่มตั้งแต่ยังไม่ตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด โดยมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงบทบาทความเป็นมารดา 3 ปัจจัย ได้แก่ ตัวมารดาเอง เช่น อายุ การศึกษา ปัจจัยด้านบุตร เช่น สุขภาพของบุตร และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น วัฒนธรรม ค่านิยม การปรับตัวเพื่อดำรงบทบาทเป็นมารดาในแม่วัยผู้ใหญ่ นับว่าเป็นเรื่องที่ยากลำบาก เพราะต้อง มีการปรับตัวหลายด้านตลอด 24 ชั่วโมง แต่การปรับตัวในแม่วัยรุ่นยิ่งยากลำบากกว่า เนื่องจาก ไม่มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จึงทำให้แม่วัยรุ่นจำนวนหนึ่งไม่ประสบความสำเร็จ ในการปรับตัวในดำรงบทบาทการเป็นมารดา

ทฤษฎีการปรับตัว

การปรับตัว เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามกับตนเอง เพื่อให้มนุษย์สามารถรักษาความสมดุลของตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจกับสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความตึงเครียดและตอบสนองความต้องการที่จำเป็นในการดำรงชีวิต

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (The Roy Adaptation Model)

Roy เชื่อว่า บุคคลประกอบด้วยกายจิตและสังคม (Man in biopsychosocial being) ความเป็นองค์รวม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายใน (Roy, 1984; Roy & Andrews, 1999)

Roy and Andrews (1999) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดจาก ความรู้สึนึกคิดของบุคคลและกลุ่มคนอย่างมีสติ และเลือกที่จะบูรณาการตนเองเข้ากับสิ่งแวดล้อม การปรับตัวนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี มีความผาสุก เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเสียชีวิตอย่างมีคุณค่า กระบวนการปรับตัวแสดงถึงความสามารถของบุคคลในการตอบสนองทางบวกต่อสถานการณ์ต่าง ๆ หรือเป็นผลจากการที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้า โดย Roy ได้แบ่งระดับการปรับตัวออกเป็น 3 กระบวนการ ได้แก่ (Roy & Andrews, 1999; Roy, 2009)

1. กระบวนการปรับตัวที่มีการผสมผสานกันได้ดี (Integrated process) หมายถึง กระบวนการของการปรับตัวที่โครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย ทำให้สามารถประสานการทำงาน ได้อย่างเหมาะสม ตอบสนองความต้องการของบุคคลได้ เช่น สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ตอบสนองความต้องการของร่างกายได้อย่างเหมาะสม ยอมรับกับเหตุการณ์หรือความเปลี่ยนแปลง

ที่เกิด มีความมั่นคงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถแสดงบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสม มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

2. กระบวนการปรับตัวที่อยู่ในระยะของการชดเชย (Compensatory process) หมายถึง กระบวนการที่กลไกการควบคุมและกลไกการรู้คิดถูกกระตุ้นการทำงาน เพื่อที่จะให้เกิด กระบวนการปรับตัวอย่างผสมผสาน (Integrated)

3. กระบวนการปรับตัวที่อยู่ในภาวะปรับได้ไม่ดี (Compromised process) หมายถึง กระบวนการปรับตัวที่ยังไม่ดีพอที่จะไปถึงระดับของการปรับตัวที่ผสมผสานกัน ได้ดีและกระบวนการปรับตัวในระยะของการชดเชย ทำให้เกิดปัญหาการปรับตัว ในกระบวนการปรับตัวไม่ดีเกิดจาก สิ่งเร้าที่มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับขอบเขตความสามารถในการปรับตัวของบุคคล ทำให้การปรับตัวของบุคคลไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งระดับความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน โดยจะมีลักษณะเฉพาะตัวและมีขอบเขตจำกัด แต่ถ้าบุคคลเคยประสบความสำเร็จในการปรับตัว จากสถานการณ์ที่เคยประสบมาก่อนแล้ว ขอบเขตระดับความสามารถในการปรับตัวจะกว้างขึ้น ในสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นซึ่งคล้ายคลึงกัน หากกระบวนการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลกระทบต่อกลับสู่กระบวนการปรับตัวใหม่ เพื่อให้บุคคลนั้นเกิดความสมดุล และเมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามา กระทบ ทำให้ระบบเกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อปรับตัวให้เข้าสู่สมดุลของระบบ โดยใช้กลไกการเผชิญ ปัญหา (Coping mechanism) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ โดยที่บุคคลไม่ทันคิด (Roy, 1984) กระบวนการปรับตัว ในลักษณะนี้ต้องอาศัยกลไกการทำงานประสานกัน 2 กลไก ได้แก่

3.1 กลไกการควบคุม (Regulator mechanism) เป็นกลไกการปรับตัวที่ตอบสนอง อย่างอัตโนมัติเพื่อรักษาสมดุลการทำงานของร่างกายในระบบต่าง ๆ โดยอาศัยระบบประสาท ของร่างกาย (Neural) สารเคมี (Chemical) และระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine) กระบวนการเผชิญปัญหา มีกลไกการทำงานโดยที่สิ่งเร้าทั้งจากภายนอกและภายในผ่านมายังการรับรู้ความรู้สึก (Sense) เข้าสู่ ระบบประสาท ระบบไหลเวียน และระบบต่อมไร้ท่อ ผ่านช่องทางประสาท (Channel) โดยอัตโนมัติ ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองโดยอัตโนมัติ (Automatic and unconscious responses) (Roy, 1984) และจะมีผลต่อกลไกการรู้คิดด้วย

3.2 กลไกการรู้คิด (Cognator mechanism) เป็นกลไกการปรับตัวที่ทำงานผ่านทาง กระบวนการการรู้คิดและอารมณ์ (Cognitive-motive) มี 4 ช่องทาง ได้แก่ กระบวนการรับรู้หรือ รับข้อมูล (Perceptual and information processing) คือ กิจกรรมการเลือกรับข้อมูล ใสรหัส (Coding) และจดจำข้อมูล (Memory) ผ่านกระบวนการการเรียนรู้ (Learning) การเสริมแรง (Reinforcement) และใช้ดุลยพินิจผ่านกระบวนการตัดสินใจในการแก้ปัญหา กลไกนี้ถูกใช้เพื่อค้นหาการลด

ความวิตกกังวลและอารมณ์ต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ (Roy, 2009) ซึ่งตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่

3.2.1 การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological mode) (Roy & Andrews, 1999) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการทางด้านร่างกายและสารเคมีที่เกี่ยวข้องในการทำหน้าที่ของระบบอวัยวะ โดยเป็นการทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ และระบบต่าง ๆ ในร่างกายของมนุษย์ เป็นการปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงด้านร่างกาย (Physiologic integrity) ได้แก่ อากาศ น้ำ อาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การขับถ่าย การควบคุมภาวะสมดุลของร่างกาย รวมทั้งกลไกการทำหน้าที่ควบคุม เช่น การรับความรู้สึก สารน้ำ และอิเล็กโตรไลต์ การทำหน้าที่ของระบบประสาท การทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ โดยเป้าหมายสูงสุด คือ การปรับตัวเพื่อให้ร่างกายเกิดความสมดุล การปรับตัวด้านร่างกายเป็นการประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐานซึ่งสามารถประเมินได้จากการสังเกต การวัด การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษ การสัมภาษณ์ และการรายงานด้วยตนเอง โดยประกอบด้วย

3.2.1.1 ออกซิเจน (Oxygenation)

3.2.1.2 โภชนาการ (Nutrition)

3.2.1.3 การขับถ่าย (Elimination)

3.2.1.4 การมีกิจกรรมและการพักผ่อน (Activity and rest)

3.2.1.5 การป้องกันอันตรายของร่างกาย (Protection)

3.2.1.6 การรับความรู้สึก (Sense)

3.2.1.7 สารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ (Fluid and electrolyte)

3.2.1.8 การทำหน้าที่ของระบบประสาท (Neurological function)

3.2.1.9 การทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine function)

3.2.2 การปรับตัวด้านมโนคติ (Self-concept mode) เป็นการปรับตัวด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก ความคิดของบุคคลต่อตนเอง เช่น ความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเอง ด้านรูปร่างหน้าตา ต่อบุคลิกภาพ พฤติกรรม ความสามารถ ทักษะคติ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (Roy, 1984; Roy & Andrews, 1999)

3.2.2.1 มโนคติด้านร่างกาย (Physical self) เป็นการประเมินตนเองของบุคคลด้านสภาพร่างกาย ซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะทางด้านร่างกาย เช่น รูปร่างหน้าตา ความสวยงาม การมีเพศสัมพันธ์ ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ลักษณะที่ปรากฏ โดยแบ่งเป็นด้านการรับความรู้สึกของร่างกาย (Body sensation) และด้านภาพลักษณ์ (Body image)

3.2.2.2 มโนคติส่วนบุคคล (Personal self) เป็นการประเมินของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับบุคลิกลักษณะ ความคาดหวัง ความรู้สึกมีคุณค่า การให้คุณค่า มโนคติในส่วนบุคคลนี้ประกอบด้วย ความมั่นคงในตนเอง (Self-consistency) อุดมคติของตนเอง (Self-ideal) ศีลธรรม และจิตวิญญาณแห่งตน (Moral ethical spiritual self)

3.2.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) เป็นการปรับตัวเพื่อตอบสนองทางด้านความมั่นคงหรือได้รับการยอมรับในสังคม (Social integrity) เป็นการแสดงบทบาทตามความคาดหวังของสังคม เป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยบุคคลจะต้องปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังไว้อย่างเหมาะสม หากไม่สามารถปรับตัวในด้านบทบาทหน้าที่ได้ ก็จะทำให้เกิดปัญหา คือ ไม่สามารถแสดงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ineffective role transition) การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง (Role distance) เกิดความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) และเกิดความล้มเหลวในบทบาท (Role Failure) การแสดงบทบาทนี้จะสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อบทบาท ซึ่งจำแนกออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

3.2.3.1 บทบาทปฐมภูมิ (Primary role) บทบาทนี้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลเป็นส่วนใหญ่ บทบาทนี้เป็นไปตามลำดับขั้นของพัฒนาการแต่ละช่วงวัย เช่น บทบาทการเป็นวัยเด็ก บทบาทในการเป็นผู้สูงอายุ

3.2.3.2 บทบาททุติยภูมิ (Secondary role) เป็นบทบาทที่สัมพันธ์กับบทบาทปฐมภูมิ บุคคลเดียวอาจมีบทบาททุติยภูมิได้หลายบทบาท และมักเป็นบทบาทถาวร เช่น บทบาทการเป็นบุตรของบิดามารดา บทบาทการเป็นพี่หรือเป็นน้อง และบทบาทตามหน้าที่การงาน เช่น บทบาทการเป็นพยาบาล บทบาทการเป็นครู บทบาทการเป็นนักศึกษาพยาบาล

3.2.3.3 บทบาทตติยภูมิ (Tertiary role) เป็นบทบาทชั่วคราว ซึ่งบุคคลที่ได้รับบทบาทนี้อาจเลือกบทบาทตามความสนใจ เช่น บทบาทการเป็นประธานการประชุม ทั้งนี้ บทบาทจะประกอบไปด้วยพฤติกรรมของบุคคล 2 พฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการกระทำ (Instrumental behavior) และพฤติกรรมความรู้สึก (Expressive behavior)

3.2.4 การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (Interdependence mode) เป็นการปรับตัวเพื่อทำให้เกิดความมั่นคงทางสังคม เป็นการตอบสนองต่อความต้องการสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การให้และได้รับความรัก ความห่วงใยซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย หากปรับตัวไม่ได้หรือได้แต่ไม่เหมาะสม จะเกิดการพึ่งพาผู้อื่นอย่างไม่เหมาะสม (Dysfunction dependence) และการพึ่งพาตนเองไม่เหมาะสม (Dysfunction independence) แต่โดยธรรมชาติ บุคคลจะพึ่งพาตนเองและผู้อื่นภายในขอบเขตที่เหมาะสม

และสังคมยอมรับ การพึ่งพาอย่างเหมาะสม การมีปฏิสัมพันธ์ และการอยู่คนเดียวอย่างเหมาะสม ซึ่งถือว่าเป็นการปรับตัวที่มีความเหมาะสม ซึ่งแบ่งออกเป็น (Roy, 2009)

3.2.4.1 บุคคลสำคัญ (Significant other) เป็นการประเมินความรู้สึก ความผูกพัน สัมพันธภาพ และการช่วยเหลือกันระหว่างผู้รับบริการกับบุคคลที่มีความหมายต่อชีวิต

3.2.4.2 ระบบสนับสนุน (Supporting system) เป็นการประเมินความรู้สึก ความผูกพัน การช่วยเหลือระหว่างผู้รับบริการกับครอบครัว เครือญาติ เพื่อนร่วมงาน

สิ่งแวดล้อมถือเป็นปัจจัยนำเข้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เป็นสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นให้บุคคล เกิดการปรับตัว สิ่งเร้าจำแนกออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ (Roy, 1999)

1. สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) คือ สิ่งเร้าจากภายนอกและภายในที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการปรับตัวมากที่สุด ทำให้มีพฤติกรรม การตอบสนองเกิดขึ้น

2. สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) คือ สิ่งเร้าอื่น ๆ ที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ นอกเหนือจากสิ่งเร้าตรง มีอิทธิพลต่อบุคคลทั้งในทางบวกและทางลบในการปรับตัว ซึ่งถ้ามีผล ในทางบวกจะช่วยลดอิทธิพลของสิ่งเร้าตรงหรือช่วยลดความรุนแรง แต่ถ้ามีผลในทางลบจะทำให้ อิทธิพลของสิ่งเร้าตรงมีอิทธิพลเพิ่มมากยิ่งขึ้น ทำให้บุคคลมีปัญหาในการปรับตัวเพิ่มขึ้น โดยอาจจะมีผลเป็นตัวเสริมต่อสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วมเหล่านี้ เช่น เพศ อายุ สัมพันธภาพ การสนับสนุน ทางสังคม

3. สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) คือ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในระบบ ของบุคคล เป็นลักษณะเฉพาะตัวแต่ละบุคคล อาจเกิดจากประสบการณ์ในอดีต เช่น บุคลิกภาพ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม

สรุปได้ว่า การปรับตัวเป็นกลไกการที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการตอบสนอง ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ในทางบวก โดยอาศัยกลไกการควบคุมและการรู้คิดทำงานร่วมกัน ในการปรับตัว และมีกระบวนการปรับตัวอีก 3 ระดับ ได้แก่ การผสมผสานกันได้ดี การปรับตัว ที่อยู่ในระยะของการชดเชย และการปรับตัวที่อยู่ภาวะปรับได้ไม่ดี เพื่อให้การปรับตัวย้ายไปสู่ ความสมดุลและการมีสุขภาวะที่ดี

นโยบายภาครัฐ

นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ

อนาถการเจริญพันธุ์ หมายถึง สุขภาพที่เกี่ยวกับกระบวนการและการทำหน้าที่ ของระบบการเจริญพันธุ์ของมนุษย์ตลอดช่วงชีวิต

อนามัยการเจริญพันธุ์เป็นการพัฒนาประชากร ซึ่งเน้นด้านคุณภาพการเจริญพันธุ์ ที่ครอบคลุมสุขภาพทางเพศทั้งด้านกาย จิต สังคม เพศ เพศมิติ พฤติกรรมทางเพศ บทบาทชายหญิง ในสังคมทุกวัยตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงสูงอายุให้มีความสมบูรณ์ จึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือ จากทุกภาคส่วน งานอนามัยการเจริญพันธุ์หลายด้านยังเป็นสัญลักษณ์ที่แสดงถึงศักดิ์ศรีและ ความสง่างามในการร่วมเป็นภาคีเครือข่ายการพัฒนาระหว่างประเทศ และเป็นเครื่องบ่งชี้ในระดับ สากลว่า ประเทศไทยให้ความสำคัญต่อการคุ้มครองสิทธิของสตรีและประชากรกลุ่มต่าง ๆ ในหลายทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ร่วมเป็นสมาชิกและให้สัตยาบันเพื่อพัฒนาประชากร และอนามัยการเจริญพันธุ์หลายครั้ง ซึ่งต่างเน้นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การเจริญพันธุ์ของสตรี รวมทั้งสิทธิและความเท่าเทียมกันระหว่างเพศ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องอย่างยั้ง ที่หน่วยงานทุกภาคส่วนของประเทศไทยต้องร่วมมือกันดำเนินการเพื่อให้บรรลุผลตามพันธสัญญา ที่ได้ลงนามไว้

1. สถานการณ์ภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทย

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในนโยบายชะลออัตราการเพิ่มของประชากร ส่งผลให้ ในแต่ละปีจำนวนเด็กเกิดมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่จากการที่สภาพแวดล้อมของสังคม เสื่อมลง ทำให้ครอบครัวเกิดการแตกแยก เด็กและสตรีถูกเอารัดเอาเปรียบ ถูกกระทำรุนแรง ทั้งร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้สังคมไทยต้องเผชิญกับปัญหาเด็กเกิดน้อยแต่ด้อยคุณภาพ ในส่วนของการพัฒนาคุณภาพประชากรต้องเริ่มตั้งแต่เกิด โดยการเตรียมความพร้อมของพ่อแม่ ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ การดูแลขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด ทั้งตัวแม่และทารก การเกิด ที่มีคุณภาพต้องเป็นผลมาจากความพร้อมทั้งด้านจิตใจ ร่างกาย สังคมสิ่งแวดล้อมของผู้ที่จะเป็นแม่ แต่ในปัจจุบันมีหญิงที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจและไม่มีความพร้อมอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งมีข้อมูล ที่แสดงให้เห็น คือ ในแต่ละปีมีสตรีตั้งครรภ์ประมาณ 1 ล้านคน แต่มีการคลอดทารกที่มีชีวิต ประมาณ 8 แสนคน แสดงว่า แม่อีกนับแสนคนต้องยุติการตั้งครรภ์โดยการทำแท้ง ทำให้รัฐต้อง สูญเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาลเพื่อการนี้เงินหลายร้อยล้านบาท นอกจากนั้น สตรี ที่ทำแท้งยังต้องจ่ายค่าทำแท้ง เสี่ยงต่อการสูญเสียอวัยวะสำคัญ เช่น ในบางรายที่ต้องตัดมดลูก เกิดการสูญเสียรายได้เนื่องจากการพักงานของตนเองและคนในครอบครัวที่ต้องมาให้การดูแล บางรายรุนแรงถึงกับสูญเสียชีวิต โดยในแต่ละปีจะมีแม่วัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 15 ปี คลอดบุตรประมาณ 2,500 ราย ซึ่งเป็นช่วงที่ไม่เหมาะสมกับการมีบุตร เนื่องจากร่างกายยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ การมีบุตรทำให้การเจริญเติบโตของแม่วัยรุ่นหยุดชะงัก ด้านจิตใจก็ยังไม่บรรลุวุฒิภาวะ ยังมีความคิด แบบเด็ก นอกจากนั้นก็ยังมีแม่วัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี อีกประมาณร้อยละ 15.5 ซึ่งแม้บางคน

ร่างกายจะเจริญเติบโตเต็มที่ แต่ก็อยู่ในช่วงวัยที่ควรศึกษาเล่าเรียนเพื่อเป็นทุนในการประกอบอาชีพที่ดีในอนาคต

เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้แม่และทารกที่คลอดออกมามีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ ทั้งร่างกายและจิตใจ แต่ในปัจจุบันพบว่า ยังมีการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ คือ น้อยกว่า 2,500 กรัม มีการติดเชื้อโรคต่าง ๆ จากแม่สู่ลูก เช่น เอดส์ ดับอักเสบ ทารกมีความพิการ ซึ่งสาเหตุเกิดจากการไม่ได้รับการดูแลตามเกณฑ์เนื่องจากความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในแม่วัยรุ่นที่ไม่ต้องการเปิดเผยตัว ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข

2. นโยบายการส่งเสริมคุณภาพของการเกิดทุกรายในประเทศไทย

ด้วยการทำให้ประชากรทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้การเกิดทุกรายเป็นที่ปรารถนา ปลอดภัย และมีคุณภาพ โดยยึดหลักความเสมอภาคและทั่วถึง เพื่อให้ประชากรมีพลังร่วมกันสร้างประเทศให้รุ่งเรือง มั่งคั่ง และมั่นคงสืบไป

3. เป้าประสงค์

3.1 เพื่อให้คนทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพทางเพศในกลุ่มวัยรุ่น ทั้งนี้ บนหลักความสมัครใจ เสมอภาค และทั่วถึง

3.2 เพื่อเสริมสร้างให้ครอบครัวมีความเข้มแข็ง อบอุ่น และมีคุณภาพ โดยเฉพาะการเกิดทุกรายต้องเป็นที่ปรารถนา ปลอดภัย และมีคุณภาพ

4. แนวคิดและหลักการพัฒนาประชากร อนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศ

4.1 บูรณาการนโยบาย เพื่อให้เครือข่าย พันธมิตร ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้บริหารจัดการการพัฒนาประชากร อนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศอย่างเชื่อมโยง ทั้งในระดับยุทธศาสตร์ แผนงาน ไปสู่การปฏิบัติอย่างครอบคลุมทุกเพศและทุกกลุ่มวัย ยึดหลักความสมัครใจ เสมอภาค และทั่วถึง

4.2 ให้ความสำคัญในการลงทุนด้านทรัพยากรบุคคลและบริการ เพื่อการสร้างศักยภาพความเข้มแข็งในการบริการงานอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

4.3 พัฒนากฎ ระเบียบ กฎหมาย และระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ตลอดจนการสร้างนโยบายสาธารณะ

4.4 สร้างความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อให้ประชาชนในท้องถิ่น องค์กรปกครองท้องถิ่น ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ของคนในชุมชน

4.5 คำนึงถึงสิทธิประชาชน โดยยึดหลักความสมัครใจ เสมอภาค และทั่วถึง

5. ยุทธศาสตร์การพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์

เพื่อให้บรรลุตามนโยบายและแนวคิดหลักการข้างต้น จึงกำหนดยุทธศาสตร์ดังต่อไปนี้
(สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2553)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างครอบครัวใหม่และเด็กรุ่นใหม่ให้เข้มแข็ง และมีคุณภาพ

1. ส่งเสริมสนับสนุนนโยบายและกลไกภาครัฐทุกระดับและภาคเอกชน ให้มีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการที่เอื้อและเสริมต่อการสร้างครอบครัวใหม่ที่เข้มแข็งและมีคุณภาพ ส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อสถาบันครอบครัวและการมีบุตร รวมทั้งการแก้ไขปัญหาความรุนแรงในครอบครัว มีความเท่าเทียมระหว่างเพศ

2. จัดให้มีบริการเตรียมความพร้อม บริการให้ความรู้และปรึกษา ตรวจสอบสุขภาพชายหญิง ก่อนสมรสและตั้งครรภ์ บริการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีคุมกำเนิดที่หลากหลาย และการรักษาผู้มีบุตรยาก ที่ประชาชนทุกคนในทุกพื้นที่สามารถเข้าถึงได้

3. ส่งเสริมให้พ่อแม่มี โอกาสและเวลาในการเลี้ยงดูลูกให้มากขึ้น เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน และพัฒนาการรอบด้านแก่ทารกและเด็กอย่างทั่วถึง

4. จัดบริการปรึกษาและให้ความรู้ ความเข้าใจ ที่รอบด้านทุกมิติ เพื่อหาทางเลือกที่เหมาะสมก่อนการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ที่เป็นไปตามข้อบังคับของแพทยสภา และการปรึกษาหลังยุติการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมซ้ำซ้อน

5. จัดให้มีศูนย์ดูแลเด็ก (3 เดือน-3 ปี) และเด็กก่อนวัยเรียน (3-5 ปี) ที่มีคุณภาพ ทั้งในเขตเมืองและชนบท ที่สามารถเข้าถึงได้สะดวก และส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน ชุมชน ให้มีการจัดสวัสดิการช่วยเหลือครอบครัวในการเลี้ยงดูทารกและเด็กปฐมวัย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมให้คนทุกเพศ ทุกวัย มีพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม

1. สนับสนุนให้มีการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิตอย่างรอบด้าน ที่สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรม นำไปสู่ความรับผิดชอบทางเพศและความสัมพันธ์ที่เสมอภาคระหว่างคน สถานะเพศต่าง ๆ (Gender equality) โดยกำหนดให้เป็นการศึกษาตลอดชีวิตทั้งในระบบและนอกระบบ

2. ส่งเสริมการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ครอบครัวทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะเสี่ยง ภัยคุกคามจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตัดสินใจในการรักษา และการใช้ยา

3. กำหนดมาตรการส่งเสริมการผลิตสื่อและเผยแพร่สื่อที่สอดคล้องกับความหลากหลายทางวัฒนธรรม สถานการณ์ทางสังคม และความต้องการจำเป็นพิเศษของกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน

ทางเพศภาวะ ภัย ความพิการ ความด้อยโอกาส เพื่อก่อให้เกิดสัมพันธภาพอันดีต่อกัน รวมทั้ง การป้องกันความรุนแรงทางเพศในสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

1. สนับสนุนและมีการลงทุนให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับมีบริการด้านอนามัย การเจริญพันธุ์ที่ครบถ้วนอย่างเป็นมิตร มีคุณภาพ และเหมาะสม

2. สนับสนุนให้สถาบันการศึกษามีการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศที่เหมาะสมกับวัย และจัดให้มีบริการในลักษณะที่เป็นมิตร

3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข การศึกษา และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทุกระดับ ให้มีความรู้ เจตคติ และความสามารถในการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศตามมาตรฐานการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น

4. เสริมสร้างความเข้มแข็งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน 6 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สถานสงเคราะห์ บ้านพักฉุกเฉิน สถานี่ทำงาน โรงงาน เป็นต้น

5. เสริมสร้างสมรรถนะองค์กรด้านเด็กและเยาวชนให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน อนามัยการเจริญพันธุ์

6. สนับสนุนการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เชิงรุก

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาระบบบริหารจัดการงานอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพ ทางเพศแบบบูรณาการ

1. ตั้งคณะอนุกรรมการการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ระดับจังหวัดที่ประกอบด้วย ทุกภาคส่วน จัดทำแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด

2. ภาคีเครือข่ายร่วมกันสำรวจสถานการณ์ปัญหาภายในจังหวัด เพื่อเป็นฐานข้อมูล

3. ภาคีเครือข่ายร่วมกันจัดทำแผนแม่บท การจัดการเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์

และสุขภาพทางเพศในวัยรุ่นแบบบูรณาการในระดับจังหวัด

4. ให้มีการจัดประชุม อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

5. สร้างความสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่าย

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนากฎหมาย กฎ และระเบียบเกี่ยวกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศ

1. เสนอให้ออกพระราชบัญญัติคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยการปรับปรุง ร่างเดิม ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

2. ประสานและร่วมมือกับส่วนราชการ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองเด็ก สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และการป้องกันความรุนแรงในครอบครัว เพื่อปรับปรุงและพัฒนากฎ ระเบียบ ให้สอดคล้องกับการคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศอย่างเหมาะสม

3. ประสานและร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการแก้ไขระเบียบให้เพิ่มเติมงบประมาณด้านการป้องกัน คุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

4. รณรงค์สร้างความรู้ ความตระหนักแก่บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาชนทุกเพศทุกวัยให้สามารถใช้สิทธิของตนเองตามที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนาและการจัดการองค์ความรู้ เทคโนโลยีอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

1. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและระบบการเฝ้าระวังเชิงรุกเกี่ยวกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ โดยการสร้างเครือข่ายให้ชุมชนมีส่วนร่วม

2. สนับสนุนการวิจัยหรือโครงการพัฒนาอื่น ๆ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่เป็นปัจจุบัน สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่มวัย และทุกกลุ่มสังคม

3. ส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่จะก่อให้เกิดนวัตกรรมเชิงสร้างสรรค์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า หน่วยงานที่เป็นผู้กำหนดนโยบายได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในเรื่องของการเกิดอย่างมีคุณภาพ ซึ่งการเป็นแม่วัยรุ่นก็ส่งผลกระทบโดยตรงกับสิ่งนี้ ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมาให้ความสำคัญกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอด การดูแลทารกหลังคลอด เด็กก่อนวัยเรียน โดยการสนับสนุนทั้งด้านสถานที่ งบประมาณ บุคลากร เทคโนโลยีต่าง ๆ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการได้ง่ายและเท่าเทียม รวมทั้งการสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และที่สำคัญคือ การมีส่วนร่วมของประชาชน

โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว

โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวเป็นกิจกรรมย่อยของการดำเนินงาน โครงการสายใยรักแห่งครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบดำเนินงาน

แนวคิดระบบบริการคุณภาพโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว

การอนามัยแม่และเด็กเป็นบริการสุขภาพพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพประชากร ซึ่งเริ่มตั้งแต่การดูแลฝากครรภ์ เพื่อให้การตั้งครรภ์และการคลอดมีคุณภาพ มารดาและทารกปลอดภัย

ปราศจากภาวะแทรกซ้อน และมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ต่อเนื่องถึงการให้การดูแลเด็กในช่วงปฐมวัย เพื่อให้เด็กเจริญเติบโตและมีพัฒนาการอย่างเป็นองค์รวม ทั้งสุขภาพทางกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา การที่แม่และทารกจะปลอดภัยจากการตั้งครรภ์และการคลอดนั้น ขึ้นกับการบริการสุขภาพและคุณภาพบริการที่ได้รับ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพ และเสริมทักษะการดูแลเลี้ยงดูเด็กที่ดีจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนการส่งเสริมโภชนาการและทันตสุขภาพที่เหมาะสมจะทำให้มารดาและทารกที่คลอดมามีสุขภาพดี หลังจากคลอดแล้วทารกควรได้รับการเลี้ยงดูด้วยน้ำนมมารดาอย่างต่อเนื่อง และได้รับการบริการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งการประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ตลอดจนการตรวจคัดกรองโรคทางพันธุกรรม และได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสมจากพ่อแม่ กำหนดให้มีการจัดตั้งชมรมสายใยรักแห่งครอบครัวในทุกตำบล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การดำเนินงานทั้งหมดของระบบบริการอนามัยแม่และเด็กที่มีคุณภาพ จะส่งผลลัพธ์การบริการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก เช่น ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนไม่เกิน 30: 1,000 ของการเกิดมีชีวิต ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 60 เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90

โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการจัดระบบบริการที่ได้มาตรฐานตามกระบวนการคุณภาพ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด การเลี้ยงดูบุตรอายุ 0-5 ปี โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการ พัฒนาคุณภาพการบริการ ซึ่งมุ่งหวังให้แม่-ลูกปลอดภัยจากการตั้งครรภ์และการคลอด ลูกได้รับการเลี้ยงดูให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย โดยแบ่งคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว เป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวที่เข้าร่วมโครงการ คือ โรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการ โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว แต่ไม่มีการประเมินระดับ
2. โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทองแดง คือ โรงพยาบาลที่จัดระบบบริการอนามัยแม่และเด็กที่ได้มาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว และส่งรายงาน ก1 ก2 ครบถ้วน ถูกต้อง ตรงเวลา
3. โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับเงิน คือ โรงพยาบาลที่ได้มาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ได้รับรายงาน ก1 ก 2 ครบถ้วน ถูกต้อง ตรงเวลา และชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานรวมตัวเป็นชมรมต่าง ๆ เช่น ชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว
4. โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทอง คือ โรงพยาบาลที่จัดระบบบริการอนามัยแม่และเด็กที่ได้มาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ได้รับรายงาน ก1 ก 2 ครบถ้วน ถูกต้อง ตรงเวลา ชุมชนมีส่วนร่วมดำเนินงานรวมตัวเป็นชมรมต่าง ๆ และผลการดำเนินงาน

บรรลุลดน้ำหนัก ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนไม่เกิน 30: 1,000 ของการเกิดมีชีพ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ลดลงจากฐานข้อมูลเดิมปีที่ผ่านมาร้อยละ 0.5 หรือไม่เกินร้อยละ 7 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติ 6 เดือน เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลเดิมร้อยละ 2.5 หรือไม่เกินร้อยละ 60 และเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

วัตถุประสงค์

เพื่อบูรณาการเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ในสถานบริการสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชน พัฒนาองค์ความรู้และระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง ในการจัดระดับโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวต้องมีการประเมิน โดยมีรายละเอียดและขั้นตอนในการประเมินโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ดังนี้

1. ทีมการประเมิน

ระดับจังหวัด ประกอบด้วย สูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลคลินิกฝากครรภ์ พยาบาลห้องคลอด พยาบาลผู้ป่วยหลังคลอด พยาบาลคลินิกเด็ก พยาบาลหรือนักวิชาการเวชกรรมสังคม ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมประมาณ 8 คน แต่งตั้งคณะทำงานประเมินโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับจังหวัด โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และส่งสำเนาคำสั่งแต่งตั้งให้ศูนย์อนามัยและกรมอนามัย เพื่อจัดทำทำเนียบ

ระดับศูนย์อนามัย ประกอบด้วย สูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลคลินิกฝากครรภ์ พยาบาลห้องคลอด พยาบาลผู้ป่วยหลังคลอด พยาบาลคลินิกเด็ก พยาบาลหรือนักวิชาการเวชกรรมสังคม ที่รับผิดชอบการจัดตั้งชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว พยาบาลหรือนักวิชาการที่ทำหน้าที่ผู้ประสานงานโครงการ โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวจากฝ่ายวิชาการ ส่งรายชื่อคณะทำงานไปยังกรมอนามัย เพื่อแต่งตั้งคณะทำงาน

ระดับส่วนกลาง ประกอบด้วย รองอธิบดีกรมอนามัย (ที่รับผิดชอบสำนักส่งเสริมสุขภาพ) เป็นประธานคณะทำงาน ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติแพทย์ กุมารแพทย์ จากโรงเรียนแพทย์ และ/หรือศูนย์อนามัยเขต ผู้อำนวยการสำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย ผู้แทนจากสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนจากสถาบันพัฒนาและรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล ผู้แทนจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ผู้แทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นักวิชาการ ผู้รับผิดชอบโครงการ โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวจากสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย จำนวนโดยประมาณ 15 คน

2. ขั้นตอนการประเมิน

2.1 คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด พิจารณาส่งโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในเขตรับผิดชอบ สมัครเข้าร่วมโครงการ ไปยังกรมอนามัย และสำเนาแจ้งศูนย์อนามัยเขต

2.2 กรมอนามัยขอปรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และแจ้งศูนย์อนามัยเขตทราบ

2.3 ทุกโรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว พัฒนาคุณภาพบริการอนามัยแม่และเด็ก ตามมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว

2.4 ทุกโรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการ โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ประเมินตนเองตามแบบฟอร์ม และเมื่อพร้อม แจ้งทีมประเมินระดับจังหวัด ส่วนโรงพยาบาล ที่ประเมินตนเองยังไม่พร้อม ให้พัฒนาส่วนที่ขาด โดยประสานกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ระดับจังหวัด เพื่อพัฒนาระบบบริการส่วนที่ไม่ผ่าน และจัดอบรมบุคลากรทุกระดับ

2.5 ทีมประเมินระดับจังหวัดประเมินโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง หากโรงพยาบาลใดผ่าน ให้ส่งแบบประเมินทั้งหมดไปยังทีมศูนย์อนามัยเขต ส่วนโรงพยาบาลใดที่ยังไม่ผ่าน ให้แจ้งไปยังโรงพยาบาลเพื่อปรับปรุงและเข้าประเมินซ้ำ ตามความพร้อมของโรงพยาบาลนั้น ๆ

2.6 ทีมศูนย์อนามัยประเมินโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไปทุกโรงพยาบาล และสุ่มประเมิน โรงพยาบาลชุมชน พร้อมทั้งตัดสินผลการประเมินระดับทองแดงและเงิน และแจ้งผลการประเมินไปยังทีมจังหวัด ส่วนโรงพยาบาลระดับทอง ให้ส่งแบบประเมินไปยัง ทีมส่วนกลางเพื่อตัดสิน

2.7 ทีมส่วนกลางพิจารณาผลและสุ่มประเมินโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลเอกชน ตัดสินและประกาศ พร้อมแจ้งผลกลับศูนย์อนามัยและจังหวัด

2.8 โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินระดับทองจะได้รับโล่ ส่วนโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินระดับเงินและทองแดงจะได้รับประกาศนียบัตรเกียรติคุณ

3. ระยะเวลารับรองผล การประเมินแต่ละระดับมีอายุ 3 ปี และโรงพยาบาลสามารถขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับได้เมื่อมีความพร้อม

มาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว

โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ประกอบด้วยมาตรฐานต่าง ๆ ทั้งที่เป็นกระบวนการบริหารจัดการและกระบวนการบริการ ซึ่งสรุปพอเป็นสังเขปได้ดังนี้

1. นโยบายในการดำเนินงาน ประกอบด้วย มีนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษรและถ่ายทอดลงสู่ผู้ปฏิบัติ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ/ คณะทำงาน มีการจัดระบบการบริการตามมาตรฐานคุณภาพ และมีการจัดสถานที่บริการอย่างเหมาะสม

2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร มีแผนการและผลการอบรมบุคลากรในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว มีทีมที่ปรึกษางานอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาล

3. ข้อมูลและสถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก มีการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์วางแผนปรับปรุงแก้ไขปัญหา ตามแบบ ก1 ก 2 มีผลการดำเนินงานงานอนามัยแม่และเด็กในปีที่ผ่านมาตามเกณฑ์ที่กำหนด เช่น ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนไม่เกิน 30: 1,000 ของการเกิดมีชีพ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ลดลงจากฐานข้อมูลเดิมปีละร้อยละ 0.5 หรือไม่เกินร้อยละ 7

4. ตรวจสอบประเมินหน่วยงานที่ให้บริการ ได้แก่ คลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด ห้องพักล้างคลอด ห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกคลอด คลินิกเด็กดี ชมรมต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยเหลือและส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็กทั้งด้านสถานที่ อุปกรณ์ และกระบวนการให้บริการ เพื่อประเมินว่าการให้บริการเป็นไปตามมาตรฐานหรือไม่

5. สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการตามหน่วยงานต่าง ๆ ในข้อ 4 เพื่อประเมินคุณภาพของการบริการ (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2550; กอบกาญจน์ มัทธโน, จินตนา พัฒนพงษ์ศรี, นงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน, ฉวีวรรณ ต้นพุดชา และอิสริย์ เจตน์ประยูรศักดิ์ (บรรณาธิการ), 2552; สายไยรัก แห่งครอบครัว, 2556)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า โครงการสายไยรักแห่งครอบครัวเป็นกิจกรรมด้านสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการให้บริการในงานอนามัยแม่และเด็กทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยมีกระบวนการควบคุมคุณภาพการบริการอย่างเข้มข้น เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์ทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในแม่วัยรุ่นจะได้รับประโยชน์มากกว่า เนื่องจากยังไม่มีเตรียมตัวหรือเตรียมตัวไม่พร้อม บริการในโครงการนี้ นับว่าเป็นการช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคมที่ดีต่อแม่วัยรุ่นทางด้านสาธารณสุข

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแม่วัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับผลกระทบและการปรับตัวของแม่วัยรุ่นสามารถนำมาสรุปเป็นประเด็นที่จะทำการศึกษาในครั้งนี้พอสังเขปได้ดังนี้

ความเครียดของแม่วัยรุ่น

ความเครียดเป็นกลไกของร่างกายที่หาทางป้องกันตนเอง เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น โดยบุคคลต้องประเมินและใช้ความสามารถซึ่งมีอยู่ในตนเองเป็นกลไกในการเผชิญกับความเครียด ระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะทำหน้าที่เพื่อรักษาความสมดุล กลไกการรักษาความสมดุลจะส่งผลต่อการปรับตัวและการมีชีวิตรอยู่ แต่กลไกดังกล่าวอาจเกิดความเสียหายหรือเสียสมดุลถ้าความเครียดมีความรุนแรงและเกิดในระยะเวลาานาน (Lovallo, 1997) แม่วัยรุ่นมักประสบปัญหาในการปรับตัวมากกว่าแม่ที่เป็นวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากต้องมีการปรับตัวพร้อมกันถึงสองกระบวนการ

คือ การปรับตัวซึ่งเป็นพัฒนาการของวัยรุ่นและการปรับตัวเพื่อดำรงบทบาทความเป็นมารดา ทำให้แม่วัยรุ่นต้องเผชิญกับความยากลำบากและเกิดปัญหาความขัดแย้งมากมาย (DeVito, 2010) สาเหตุสำคัญของการเกิดความเครียดในแม่วัยรุ่นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต ทำให้ต้องมีการปรับตัว (Ogawa, 2007) โดยพบว่า แม่วัยรุ่นมีความเครียดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากการดูแลสุขภาพของตนเองในขณะที่ตั้งครรภ์ ความไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร หรือรับภาระการเลี้ยงดูบุตรไม่ไหว ทำให้เกิดอาการแยกตัว หงุดหงิด อารมณ์เสื่อง่าย โกรธง่าย รู้สึกเดียวดาย (Cox et al., 2008; สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2555; นิธิรัตน์ บุญदानนท์ และภัสตรา นรารักษ์, 2555) จากการศึกษาของสุภาภรณ์ ทศนพงศ์ (2550) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แรงสนับสนุนจากครอบครัวและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยทำการศึกษาในแม่วัยผู้ใหญ่ที่มาตรวจหลังคลอด 6-8 สัปดาห์ จำนวน 110 คน ใช้แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ความเครียด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า อายุ รายได้เฉลี่ย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนจากครอบครัวช่วยลดความเครียดและทำให้มารดาไม่เกิดภาวะซึมเศร้า และจากการศึกษาของ Prasopkittikun, Tilokskulchai, and Vipuro (2010) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา พบว่า การศึกษาของมารดา การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารก การสนับสนุนทางสังคม ลักษณะอาชีพของมารดา และความเป็นเด็กเลี้ยงยาก-ง่ายของทารก มีความสัมพันธ์กับความเครียด เช่นเดียวกับการศึกษาของ DeVito (2010) ที่ศึกษาแม่วัยรุ่นคิดอย่างไรกับการเป็นแม่ โดยทำการศึกษาแม่วัยรุ่นในนิวเจอร์ซีย์ในกลุ่มแม่ที่อายุต่ำกว่า 19 ปี จำนวน 129 คน โดยใช้เวลาศึกษานาน 2 ปี ผลการศึกษาพบว่า แม่วัยรุ่นเกิดความเครียดเนื่องจากไม่รู้จะทำอย่างไรเมื่อลูกร้องไห้ ขาดความรู้เกี่ยวกับการเป็นแม่ในทุก ๆ เรื่อง มีความสับสนในการดูแลบุตร รู้สึกว่าอยู่ลำพัง หมดหวัง และหงุดหงิด ในขณะที่ Melvin, Ayotunde, and Mustapha (2009) ได้ศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแม่วัยรุ่น จำนวน 48 คน ในประเทศไนจีเรีย ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 12-21 ปี มีลูกอายุไม่เกิน 3 ปี และตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ พบว่ามีแม่วัยรุ่นหลายคนมีการจัดการกับปัญหาความเครียดของตนเองเพื่อความอยู่รอดโดยการพึ่งพาพ่อแม่ตนเอง แต่ถ้าสามีไม่มีความรับผิดชอบก็จะแยกทางกับสามี หลายคนเรียนต่อโดยการฝึกอาชีพเมื่อฝากลูกให้พ่อแม่ช่วยเลี้ยงได้ และการศึกษาของ Letourneau, Stewart, and Barnfather (2004) ที่วิจัยเอกสาร โดยทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับแม่วัยรุ่นในเรื่องของความต้องการการสนับสนุน แหล่งสนับสนุน และการสนับสนุนทางด้านการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า แม่วัยรุ่นที่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ทั้งแม่และลูกจะประสบกับความยากลำบากบ่อยครั้งจากปัญหาทางด้านจิตใจ

สังคม และเศรษฐกิจ มากกว่าแม่ที่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือจบวิทยาลัย มีภาวะเครียด มีความยากลำบากในการเผชิญกับความเครียด

ภาวะซึมเศร้าของแม่วัยรุ่น

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีอาการเศร้าโศกเสียใจหรือความรู้สึกหดหู่ และยังหมายถึง โรคที่มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นอาการสำคัญ โดยอาการที่มักพบร่วมกับอาการซึมเศร้า คือ หดหวัง สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การตำหนิตัวเอง ความรู้สึกไม่สามารถช่วยตนเองได้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง มองโลกในแง่ร้าย และเบื่อหน่ายสิ่งต่าง ๆ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิต (Mental health problem) และโรคทางจิตเวช (Psychiatric disorder) พบทุกประเทศทั่วโลก พบประมาณร้อยละ 21 เป็นสาเหตุหลักของการฆ่าตัวตาย (Suicide) และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสาธารณสุขในภาพรวมทั้งทางตรงและทางอ้อม เมื่อวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากความพิการ และความเจ็บป่วย พบว่า โรคซึมเศร้าทำให้เกิดความสูญเสียเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิงไทย

(กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550; สายฝน เอกวารงกูร, 2553) ในแม่วัยรุ่นพบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 53.6 โดยทำให้เกิดอาการแยกตัว หงุดหงิด อารมณ์เสื่อง่าย โกรธง่าย รู้สึกเดี๋ยวตาย และทำให้เกิดเป็น โรคทางด้านจิตเวช มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (Cox et al., 2008; สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2555; นิธิรัตน์ บุญदानนท์ และภัสสรานรารักษ์, 2555) จากการศึกษาของ เนตรชนก แก้วจันทา (2555) ซึ่งเป็นการวิจัยเอกสารในประเด็นภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์: ปัจจัย ผลกระทบ และการป้องกัน พบว่า แม่วัยรุ่นมักต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิต แม่วัยรุ่นเป็นผู้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาของวรรณดา คงสุริยะนาวิน, เบญจวรรณ คุณรัตนภรณ์ และกิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์ (2553) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอด จำนวน 400 คน โดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตของคนไทย พบว่า หญิงหลังคลอดมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 38.2 โดยเป็นภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14.3 และผลการศึกษาของนภัสนันท์ สุขเกษม (2552) ที่ศึกษาการดำรงบทบาทมารดาและภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างคือ แม่วัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการตรวจสุขภาพหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ จำนวน 205 คน ที่โรงพยาบาล 3 แห่ง ในจังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดทั้งชนิดไม่รุนแรงและรุนแรงร้อยละ 41.96 การดำรงบทบาทมารดาโดยรวมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาในต่างประเทศของ Cox et al. (2008) ที่ทำการศึกษาถึงทดลองเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ลักษณะความเป็นพ่อแม่ การสนับสนุนทางสังคมของแม่วัยรุ่น โดยใช้โปรแกรม Teen tot กลุ่มตัวอย่าง คือ แม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 19 ปี หลังคลอด 2 สัปดาห์ จำนวน 168 คน ที่พักอาศัยอยู่ในรัฐแมทซาชูเซต ใช้เวลาในการศึกษา 3 ปี พบว่า ในปีแรก

แม่วัยรุ่นมีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 53.6 มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ต้องได้รับการรักษาด้วยยาและต้องพักรักษาในโรงพยาบาล มีท่าทีของการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างมากกับการเตรียมตัวเป็นแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และการรักษาที่เหมาะสมจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่ดีของบุตร และการศึกษาของ Reid and Maedows-Oliver (2007) ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมภาวะซึมเศร้าในแม่วัยรุ่น จำนวน 12 รายงานการวิจัย พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความคิดปกติทางอารมณ์ซึ่งเกิดขึ้นกับแม่หลังคลอดทุกกลุ่มอายุในช่วงหลังคลอดทันทีประมาณร้อยละ 20-28 สำหรับในแม่วัยรุ่นระยะตั้งแต่หลังคลอดถึง 3 เดือน พบสูงถึงร้อยละ 53-56 อาการที่พบร่วมกับภาวะซึมเศร้า คือ ความรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว มีปัญหาในการนอนหลับ สาเหตุของภาวะซึมเศร้าของแม่วัยรุ่นเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การศึกษาค่ำ รายได้ไม่เพียงพอ ไม่มีการวางแผนครอบครัว หรือเกิดจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การแยกทางกับคู่สมรส การค้นหาภาวะซึมเศร้าโดยการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในแม่วัยรุ่นนับว่ามีความจำเป็น เพราะเป็นการช่วยเหลือและให้การรักษาอย่างทันท่วงที สิ่งที่จะลดภาวะซึมเศร้าได้ คือ สัมพันธภาพที่ดีของครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีของเพื่อนที่โรงเรียน

การเห็นคุณค่าในตนเองของแม่วัยรุ่น

การเห็นคุณค่าในตัวเอง การนับถือตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นการประเมินคุณค่าของตนเอง โดยแสดงถึงทัศนคติทั้งด้านบวกและลบ เป็นการตัดสินคุณค่าของตนเอง ภายใต้อบเชตความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความสามารถของตนเอง ความสำคัญและความสำเร็จของตนเอง ซึ่งสังเกตและวัดจากคำพูดและการกระทำ (Coopersmith, 1984) เป็นภาวะทางจิตใจของบุคคลที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์อย่างต่อเนื่องที่ทำให้บุคคลมีแรงจูงใจเพื่อไปให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ แม้จะเป็นนามธรรมแต่สามารถวัดและสังเกตได้ (Lindenfield, 2000) มีผลการศึกษาที่พบว่าหญิงวัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงานมีความรู้สึกหาคคุณค่าในตนเอง มีการสูญเสียความมีศักดิ์ศรีในตัวเอง ก้าวการถูกประณามจากสังคม (ศรุตยา รองเลื่อน, ภัทรพลย์ ตลิ่งจิตร และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์, 2555; ศศินันท์ พันธุ์สุวรรณ, พัชรินทร์ สังวาลย์, อิชยา มอญแสง และพัชรินทร์ ไชยบาล, 2556) และการศึกษาของนัยนา ปาระมี (2551) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นแม่วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในระยะหลังคลอดถึง 6 สัปดาห์ จำนวน 105 คน พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ดีจะทำให้แม่วัยรุ่นแสดงบทบาทแม่ได้อย่างเหมาะสม โดยแม่วัยรุ่นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง ซึ่งการรับรู้ความสามารถของแม่วัยรุ่นได้มาจากการเรียนรู้ที่เป็นประสบการณ์และการสนับสนุนจากครอบครัว และการศึกษาของ Letourneau et al. (2004) พบว่า แม่วัยรุ่นได้รับความไว้วางใจน้อย มีความภาคภูมิใจในตัวเองต่ำ

เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Dlamini (2002) ที่ศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแม่วัยรุ่นในประเทศ สวาซีแลนด์ อายุระหว่าง 10-19 ปี ที่มีลูกคนเดียว และเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยวที่ไม่ได้แต่งงาน จำนวน 8 คน ผลการศึกษาในส่วนของการเห็นคุณค่าในตนเอง พบว่า แม่วัยรุ่นรู้สึกว่าจะต้องมีความรับผิดชอบ มากกว่าวัย สูญเสียการใช้ชีวิตในช่วงของการเป็นวัยรุ่น เสียชื่อเสียง ความมั่นใจ เสียความรู้สึกที่ดี ในตนเอง

สุขภาพร่างกายของแม่วัยรุ่น

แม่วัยรุ่น หมายถึง สตรีที่คลอดบุตร โดยมีอายุต่ำกว่า 19 ปี บริบูรณ์ โดยถืออายุ ณ เวลา ที่คลอดบุตร การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นภาวะวิกฤติตามระยะพัฒนาการ (Developmental crisis) ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจค่อนข้างมาก ทำให้เกิดปัญหาหลายอย่างตามมา ทั้งต่อแม่และลูก เนื่องจากการตั้งครรภ์ในขณะที่ร่างกายมารดายังไม่เจริญเติบโตเต็มที่ ทำให้ มีภาวะแทรกซ้อนตามมามากกว่าแม่วัยผู้ใหญ่ (บุญทวี สุนทรลิมศิริ และคณะ, 2552) ปัญหา ทางด้านร่างกาย พบว่า แม่วัยรุ่นมีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด และ หลังคลอดบุตร โดยเกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์และส่งผลกระทบต่อเนื้องอกไปจนถึงระยะคลอดและ หลังคลอด เนื่องจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ทำให้ไม่กล้าฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ล่าช้า ผลคือ ไม่ได้รับคำแนะนำและการดูแลที่เหมาะสม เกิดภาวะทุโภชนาการและโลหิตจาง ประกอบกับแม่ที่อายุต่ำกว่า 19 ปี มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพิษแห่งครรภ์ โรคชักแห่งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด การผ่าคลอดทางหน้าท้อง ในอัตราที่สูงกว่าแม่ที่เป็นวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ ยังพบว่า แม่ที่อายุ 15-19 ปี มีอัตราการตายที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์สูงกว่าแม่อายุ 20-25 ปี ถึง 3 เท่า และวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ใน 5 ปีแรกของการมีประจำเดือน ทำให้กระดูกปิดเร็ว เนื่องจาก มีการหลังฮอร์โมนมาก ทำให้การเจริญเติบโตของร่างกายลดลง โดยเฉพาะส่วนสูง (Rasheed et al., 2011; นิธิรัตน์ บุญदानนท์ และภัสสรานารักษ์, 2555) จากการศึกษาของวีรพล กิตติพิบูลย์ (2555) ที่ทำการศึกษาภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี ซึ่งเป็นการคลอดครั้งแรกและครรภ์เดียวที่มาคลอดบุตร ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 1165 คน พบว่า อัตราการฝากครรภ์ไม่ครบ 4 ครั้ง อัตราการคลอดก่อนกำหนด อัตราแม่มีภาวะ โลหิตจางสูงกว่าแม่วัยผู้ใหญ่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Shaw, Lawlor, and Najman (2006) ที่ศึกษา ภาวะทางจิต พฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของวัยรุ่นที่เกิดจากแม่วัยรุ่นในประเทศออสเตรเลีย โดยศึกษาเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ระหว่างแม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 460 คน และแม่ที่อายุมากกว่า 18 ปี จำนวน 4,800 คน เป็นการศึกษาระยะยาว เก็บข้อมูลเป็นระยะ ๆ เริ่มตั้งแต่การฝากครรภ์ ครั้งแรก หลังคลอด 3-5 วัน หลังคลอด 6 เดือน หลังคลอด 5 ปี และหลังคลอด 14 ปี ซึ่งในปีที่ 14 มีการสัมภาษณ์บุตรที่เป็นวัยรุ่นเกี่ยวกับภาวะทางจิต พฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านสุขภาพพร้อมด้วย

ผลการศึกษาพบว่า แม่วัยรุ่นฝากครรภ์ครั้งแรกหลัง 25 สัปดาห์ มีปัญหาการสูบบุหรี่ในขณะตั้งครรภ์ และยังคงสูบบุหรี่จนกระทั่งลูกอายุ 14 ปี ไม่มีคู่สมรสในขณะตั้งครรภ์ มีภาวะซีมเศร้าหลังคลอดและต่อเนื่องไปจนลูกอายุ 14 ปี

สุขภาพลูกที่เกิดจากแม่วัยรุ่น

การขาดความรู้ในเรื่องเพศศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นตั้งครรภ์และเกิดเป็นแม่วัยรุ่นตามมา วัยรุ่นที่มีลูกมักจะเกิดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม (ถูกกระทำหรือไม่มีการป้องกัน) และเป็นการตั้งครรภ์นอกสมรส แม่วัยรุ่นจึงปกปิดปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์แต่ล่าช้า ไม่ได้รับการดูแลในระหว่างการตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม เกิดผลเสียแก่แม่และลูก จากการศึกษาพบว่า การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อแม่ แต่ยังส่งผลกระทบต่อทารกด้วย เช่น ภาวะทารกคลอดก่อนกำหนด ทำให้ทารกแรกคลอดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มากกว่าแม่ที่เป็นวัยผู้ใหญ่ พัฒนาการด้านอารมณ์และพัฒนาร่างกายของเด็กล่าช้าหรือผิดปกติ ซึ่งนับว่าเป็นผลกระทบที่รุนแรง (เนตรชนก แก้วจันทา, 2555; วีรพล กิตติพิบูลย์, 2555) เช่นเดียวกับการศึกษาของวิชา เวชยนต์ศตวรรษ (2555) ที่ศึกษาผลของการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลบางใหญ่ โดยเป็นแม่วัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 164 คน เปรียบเทียบกับแม่ที่เป็นวัยผู้ใหญ่ พบว่า แม่วัยรุ่นมีส่วนของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์น้อยกว่าแม่วัยผู้ใหญ่ ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนในทารก ได้แก่ ทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อย และภาวะ Respiratory distress syndrome มากกว่ากลุ่มแม่วัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Hootanee (2007) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการเลี้ยงดูทารกของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกกับมารดาวัยผู้ใหญ่ในเขตชนบทของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง คือ แม่วัยรุ่นและแม่วัยผู้ใหญ่ กลุ่มละ 50 คน ผลการศึกษาพบว่า การกระตุ้นพัฒนาการลูกของแม่วัยรุ่นมีการกระทำน้อยกว่าแม่ที่เป็นวัยผู้ใหญ่ และในระยะ 3-6 เดือน คุณภาพการเลี้ยงดูทารกของแม่วัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงเกือบทุกด้าน เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศของ Shaw et al. (2006) พบว่า ลูกที่เกิดจากแม่วัยรุ่น (ไม่ได้ระบุและแยกเพศ) มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น มีความวิตกกังวล มีภาวะซีมเศร้า มีปัญหาด้านความคิด ก้าวร้าว เกี่ยวข้องกับอาชญากรรม หนีโรงเรียน มีผลการเรียนต่ำในทุกวิชา เรียนซ้ำชั้น ด้านสุขภาพกายพบว่า ประสบอุบัติเหตุต้องรับการรักษา ฟันผุทำให้ต้องมีการอุดฟันหลายซี่ สูบบุหรี่เป็นประจำ มากกว่าลูกที่เกิดจากแม่ที่อายุมากกว่า 18 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jutte et al. (2010) ที่ศึกษาย้อนหลังถึงผลกระทบของแม่วัยรุ่นด้านสังคม การศึกษา และผลการรักษาพยาบาลบุตรของแม่วัยรุ่น ทำการศึกษาวัยรุ่นอายุ 17 ปี ที่เกิดและโตในเมืองวินนิเปก ประเทศแคนาดา โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กำลังเป็นแม่วัยรุ่น เคยเป็นแม่วัยรุ่น ไม่เคยเป็นแม่วัยรุ่น พบว่า บุตรของแม่วัยรุ่นมีอัตราการตายตั้งแต่

แรกเกิดจนถึง 17 ปี และได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าแม่ที่เป็นวัยผู้ใหญ่ บุตรของแม่วัยรุ่นมีการเรียนซ้ำชั้นในระดับภาคบังคับมากกว่า ถูกทอดทิ้งให้อยู่ในสถานสงเคราะห์มากกว่า ต้องรับการช่วยเหลือเมื่อเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมากกว่า และมีโอกาสเป็นแม่วัยรุ่นมากกว่า

การศึกษาของแม่วัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ในช่วงของการศึกษา เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ และเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของทุกฝ่าย การทำแท้งก็อาจจะเป็นทางออกสุดท้ายที่ทำให้ปัญหาสิ้นสุดลงตั้งแต่แรก ซึ่งแม่วัยรุ่นหลายคนใช้เป็นทางเลือก แต่ถ้าปล่อยให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป การท้องไม่พร้อมของแม่วัยรุ่นจะทำให้เกิดปัญหาตามมาหลายกรณี ที่สำคัญคือ ในรายชื่อที่เป็นนักเรียนส่วนใหญ่พบว่า ต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน ซึ่งมีทั้งการออกแบบชั่วคราว คือ เมื่อคลอดลูกแล้วอาจจะกลับไปเรียนต่ออย่างเดิมหรือย้ายที่เรียนใหม่ และออกแบบถาวร คือ ไม่มีโอกาสได้เรียนต่ออีก เพราะต้องประกอบอาชีพหาเลี้ยงดูลูกที่เกิดมา เช่นการศึกษาของสุภาชัย สารจรัส (2553) ที่ศึกษาการตั้งครรภ์ของเด็กหญิงวัยเยาว์: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้ให้ข้อมูล คือ หญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 15 ปี จำนวน 13 คน ผลการศึกษาพบว่า การตั้งครรภ์ของเด็กหญิงวัยเยาว์ทำให้แม่วัยเยาว์ต้องออกหรือพักการศึกษาทุกราย เช่นเดียวกับการศึกษาของนงศ์ลักษณ์ สายคำแต่ง (2551) ที่ศึกษาประสบการณ์และความต้องการของมารดาวัยรุ่นเขตนอกเมือง โดยเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 19 ปี จำนวน 11 ราย พบว่า แม่วัยรุ่น 6 คน ยังเป็นนักเรียนและสามียังเป็นนักเรียน 3 คน แม่วัยรุ่น 4 คน มีความคิดที่จะไปทำแท้ง ถูกออกจากโรงเรียน 5 คน และการศึกษาของสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (2547) ที่ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 19 ปี จำนวน 5 คน พบว่า การมีลูกทำให้เสียโอกาสทางการศึกษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Zeck et al. (2007) ที่ศึกษาผลกระทบการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นต่อการเปลี่ยนแปลงของแม่วัยรุ่นด้านสังคม ครอบครัว และการศึกษา โดยทำการศึกษาแม่วัยรุ่นในประเทศออสเตรเลีย ที่คลอดบุตรก่อนอายุ 17 ปี จำนวน 131 คน ใช้เวลาศึกษา 5 ปี แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงหลังคลอดบุตรถึงบุตรอายุ 2 ปีครึ่ง และช่วงบุตรอายุ 2 ปีครึ่ง ถึง 5 ปี โดยศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผลการศึกษาพบว่า หลัง 2 ปีครึ่ง ถึง 5 ปี มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในส่วนที่ดีและส่วนที่ไม่ดี ส่วนดีคือ แม่วัยรุ่นมีการกลับไปเรียนหนังสือเพิ่มขึ้น

ครอบครัวของแม่วัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักเกิดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม (ถูกกระทำหรือไม่มีการป้องกัน) และเป็นการตั้งครรภ์นอกสมรส จากข้อมูลของสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีหรือบ้านพักฉุกเฉิน ในปี พ.ศ. 2550 พบว่า ผู้ที่เข้ามาพักในบ้านพักฉุกเฉินเป็นแม่วัยรุ่นถึงร้อยละ 30 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ไปจนถึงระดับอุดมศึกษา (สุภาพคนไทย, 2553)

การตั้งครุภัณฑ์ไม่พึงประสงค์ทำให้ตัววัยรุ่นเองและบุคคลในครอบครัวได้รับผลกระทบจากการเป็นแม่วัยรุ่น เช่น เกิดความอับอาย แม่วัยรุ่นบางคนต้องรับการช่วยเหลือจากบ้านพักฉุกเฉิน เนื่องจากไม่กล้าเปิดเผยให้ครอบครัวทราบ กรณีที่ผู้ปกครองบางคนยอมรับการเป็นแม่วัยรุ่นของบุตรหลานสิ่งที่ตามมาคือ การออกจากงานหรือหยุดพักงานที่สร้างรายได้ให้กับตนเองและครอบครัว เพื่อมาช่วยแม่วัยรุ่นเลี้ยงดูเด็กที่เกิด โดยมีผลการศึกษาที่สนับสนุนในประเด็นนี้คือ การศึกษาของเฉลิมศรี อานกำปัง (2552) ที่ศึกษาการตั้งครุภัณฑ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิงในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา โดยเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล คือ แม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 9 คน ผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 81 คน ทำการศึกษาตั้งแต่ระยะตั้งครุภัณฑ์จนถึงหลังคลอด (แต่ไม่ระบุว่าหลังคลอดถึงกี่เดือน กี่ปี) เน้นการศึกษาชุมชน บริบทของชุมชน ผลการศึกษาพบว่า มีบุคคลในครอบครัวต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลแม่วัยรุ่นและลูก ผลกระทบต่อจิตใจของผู้ปกครองของแม่วัยรุ่น คือ เกิดความอับอาย ตัวแม่วัยรุ่นเองรู้สึกหว่าเหว่ ถ้าสามีไม่รับผิดชอบเสี่ยงต่อการค้าประเวณี ซึ่งอาจพัฒนาสู่การมีคูครองเป็นชาวต่างชาติ แม่วัยรุ่นมีการปรับตัวโดยการวางแผนชีวิต ฝึกการประกอบอาชีพ ผลักดันให้คู่สมรสช่วยหารายได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hoontanee (2007) พบว่า แม่วัยรุ่นไม่ได้สมรสหรือแยกกันอยู่มากกว่าแม่วัยรุ่นผู้ใหญ่

การเงินครอบครัวของแม่วัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่อยู่ในระหว่างการศึกษาเล่าเรียน ค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตเกือบทั้งหมดขึ้นอยู่กับบิดามารดาหรือผู้ปกครอง มีวัยรุ่นจำนวนน้อยที่มีการทำงานอย่างจริงจังและสามารถเลี้ยงตนเองได้ การตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัวของแม่วัยรุ่น โดยเฉพาะแม่วัยรุ่นที่ไม่มีคูครองหรือมีคูครองแต่คูครองไม่มีรายได้จากการประกอบอาชีพ ครอบครัวที่ฐานะการเงินไม่ดีจะได้รับผลกระทบอย่างมาก เพราะการขาดรายได้ที่เกิดจากการหยุดงานของคนในครอบครัวที่ต้องช่วยดูแลแม่วัยรุ่นและลูกในระยะคลอด หลังคลอด รวมทั้งรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นเพื่อการเลี้ยงดูเด็กและค่าใช้จ่ายของสามีแม่วัยรุ่นที่ไม่มีงานทำ จากการศึกษาของเฉลิมศรี อานกำปัง (2552) พบว่า เกิดการสูญเสียรายได้ของคนในครอบครัว เนื่องจากต้องออกจากงานมาดูแลแม่วัยรุ่นและบุตร ทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ของคนในครอบครัวและเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่าย แต่ค่าใช้จ่ายอาจจะลดลงถ้าสามีแม่วัยรุ่นช่วยจ่ายค่าเลี้ยงดู และการศึกษาของนัยนา ปาระมี (2551) พบว่า ร้อยละ 50 รายได้ของสามีและแม่วัยรุ่นน้อยกว่า 4,000 บาท ต่อเดือน และการศึกษาของ Hoontanee (2007) ที่พบว่า แม่วัยรุ่นมีเศรษฐกิจและการศึกษาดำเนินชีวิตต่ำกว่าแม่วัยรุ่นผู้ใหญ่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Miller (2000) ที่พบว่า แม่วัยรุ่นและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ต้องได้รับการช่วยเหลือจากรัฐบาลมากกว่าแม่วัยรุ่นผู้ใหญ่

การสนับสนุนทางสังคมของแม่วัยรุ่น

การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคมเพื่อสนับสนุนกันในด้านต่าง ๆ เช่น ความรัก ความผูกพัน ทำให้บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย เป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง โดยการช่วยเหลืออยู่ในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งรวมทั้งคำแนะนำ Weiss (1974) แบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การได้รับความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) การมีโอกาสได้อุปถัมภ์จากผู้อื่น (Opportunity for nurturance) การได้รับรู้ถึงความมีคุณค่าของตนเอง (Reassurance of worth) และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ (Assistance) ผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเป็นแม่วัยรุ่นอย่างมาก การสนับสนุนจากผู้ปกครองและสามีทำให้แม่วัยรุ่นยอมรับการตั้งครรภ์ รู้สึกมีกำลังใจ (นงศ์ลักษณ์ สายคำแดง, 2551; สุภาชัย สาระจรัส, 2553) และยังทำให้แม่วัยรุ่นมีการรับรู้ความสามารถตนเองและเกิดความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น ลดความเครียดและภาวะซึมเศร้า เกิดการปรับตัวที่ดี ทำให้มีการพัฒนาสู่ความเป็นแม่ได้สำเร็จ ส่งผลดีต่อพัฒนาการของลูก (สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2547; Letourneau et al., 2004; สุภาภรณ์ ทิศนพวงศ์, 2550; Pungbangkadee, 2007; Reid & Maedows-Oliver, 2007; นัยนา ปาระมี, 2551) และ Folcarelli (2004) ทำการศึกษาแม่หลังคลอด 6-8 สัปดาห์ จำนวน 207 คน ที่คลอดในโรงพยาบาล 3 แห่ง ในสหรัฐอเมริกา โดยการเก็บข้อมูลที่บ้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมากต่อสุขภาพจิต แต่มีความสัมพันธ์ปานกลางกับสุขภาพกาย ในขณะที่คำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไม่สามารถทำให้แม่มีทักษะในการปฏิบัติตามคำแนะนำ เนื่องจากระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลค่อนข้างสั้น

การดำรงบทบาทเป็นมารดาของแม่วัยรุ่น

การดำรงบทบาทเป็นมารดาเป็นกระบวนการที่นำผู้หญิงไปสู่บทบาทที่เป็นเอกลักษณ์ของความเป็นมารดา ขั้นตอนเริ่มตั้งแต่การตั้งครรภ์ เป็นการเลียนแบบ การแสดงบทบาทสมมุติ เป็นการจินตนาการ เป็นเอกลักษณ์ โดยผู้หญิงจะมีการค้นหาข้อมูล มีการเลียนแบบ โดยการสังเกต ค้นหารูปแบบที่ดีที่สุดในตัวเองเพื่อความเป็นแม่ ผลจากการสังเกตพฤติกรรมและการเลียนแบบทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งการไม่แสดงพฤติกรรมที่คิดว่าไม่เหมาะสม ความคิดของผู้หญิงในความเป็นแม่เป็นภาวะทางด้านจิตใจ และเอกลักษณ์ที่ว่าจะคงอยู่ในความเป็นแม่ของผู้หญิงคนนั้น การเลือกรับรู้ของผู้หญิงที่เป็นแม่เกิดจากความคิดและเอกลักษณ์ของตนเอง ซึ่งวิเคราะห์ได้จากลักษณะเฉพาะ ได้แก่ ทักษะคิดและความสำเร็จของแต่ละบุคคล (Rubin, 1967) โดยมีปัจจัยการเกิด 3 ปัจจัย ได้แก่ ตัวมารดาเอง บุตร และสิ่งแวดล้อม ซึ่งแต่ละปัจจัยก็มี

ความเกี่ยวข้องกัน โดยมีผลการศึกษายืนยัน เช่น จากการศึกษาของนักสันนั้ สุขเกษม (2552) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการดำรงบทบาทมารดาอยู่ในระดับสูงทั้งโดยรวมและรายด้าน การศึกษาของนัยนา ปาระมี (2551) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองที่ดีจะทำให้แม่วัยรุ่น แสดงบทบาทแม่ได้อย่างเหมาะสม แต่แม่วัยรุ่นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง ซึ่งการรับรู้ความสามารถของแม่วัยรุ่นได้มาจากการเรียนรู้ที่เป็นประสบการณ์และการสนับสนุน จากครอบครัว และการศึกษาของ Pungbangkadee (2007) ซึ่งพบว่า ความเป็นแม่วัยรุ่น อยู่บน ความขัดแย้งกันระหว่างความต้องการเป็นแม่และความต้องการของวัยรุ่น ซึ่งแม่วัยรุ่นรับรู้ถึง ความขัดแย้งในความต้องการ แต่แม่วัยรุ่นก็สามารถปรับตัวให้อยู่ได้กับความขัดแย้งโดยการเรียนรู้ บทบาทของการเป็นมารดา การปรับเปลี่ยนตัวเอง การใช้แหล่งสนับสนุน และการปรับด้านจิตใจ ซึ่งเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการพัฒนาบทบาทการเป็นมารดา ประกอบด้วย แม่วัยรุ่นเอง บุตร และการสนับสนุนที่ได้รับ

การปรับตัวของแม่วัยรุ่น

การปรับตัวเป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดจากความรู้สึกลึกซึ้งนึกคิดของบุคคลและกลุ่มคน อย่างมีสติ และเลือกที่จะบูรณาการตนเองเข้ากับสิ่งแวดล้อม การปรับตัวนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี มีความผาสุก เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี กระบวนการปรับตัวแสดงถึงความสามารถของบุคคล ในการตอบสนองทางบวกต่อสถานการณ์ต่าง ๆ หรือเป็นผลจากการที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้า (Roy & Andrews, 1999) โดยแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม การปรับตัวแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การปรับตัวด้านร่างกาย 2) การปรับตัวด้านมโนคติ 3) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ 4) การปรับตัวด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน ในแม่วัยรุ่น พบว่า มีปัญหาในการปรับตัวมากกว่าแม่ที่เป็น วัยผู้ใหญ่ เนื่องจากต้องมีการปรับตัวพร้อมกันถึงสองกระบวนการ คือ การปรับตัวซึ่งเป็นพัฒนาการ ของวัยรุ่นและการปรับตัวเพื่อดำรงบทบาทความเป็นมารดา ทำให้แม่วัยรุ่นต้องเผชิญกับ ความยากลำบากและเกิดปัญหาความขัดแย้งมากมาย ซึ่งความสามารถในการปรับตัวสำหรับการ เป็นแม่วัยรุ่น เกิดจากปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล ได้แก่ การเป็นคนที่มีความรับรู้ เชิงบวก เป็นคนที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ความพึงพอใจต่อการเป็นแม่ ระดับการศึกษาที่ได้รับ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแม่ของตนเอง คู่สมรส ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็น พัฒนาการของวัยรุ่น ซึ่งขึ้นกับช่วงวัยและลักษณะของการเปลี่ยนแปลง (DeVito, 2010) การปรับตัว ที่สำคัญของแม่วัยรุ่น คือ การดำรงบทบาทเป็นมารดา การปรับตัวที่ดีทำให้มีพัฒนาสู่ความเป็นแม่ ได้สำเร็จ ส่งผลดีต่อพัฒนาการของลูก (สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล, 2547; Letourneau et al., 2004; สุภาภรณ์ ทศนพงษ์, 2550; Pungbangkadee, 2007; Reid & Maedows-Oliver, 2007; นัยนา ปาระมี, 2551)

จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ทราบว่า การเป็นแม่วัยรุ่นมีผลกระทบต่อตัวแม่วัยรุ่น คือ ทำให้เกิดความอับอาย ความเครียด เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เกิดความว้าเหว่ สับสน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและลูกไม่เหมาะสม อันเนื่องมาจากความไม่พร้อม การขาดความรู้และทักษะในด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้แม่เสียโอกาสทางการศึกษาและการประกอบอาชีพ ครอบครัวของแม่วัยรุ่นก็ได้รับผลกระทบไม่น้อย ทำให้บางคนในครอบครัวต้องออกจากงาน เพื่อมาช่วยเหลือเด็กที่เกิดมา ครอบครัวขาดรายได้แต่มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ในขณะที่ลูกที่เกิด ก็ได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนกระทั่งเติบโตเป็นผู้ใหญ่ การช่วยเหลือแม่วัยรุ่นและครอบครัวให้มีการปรับตัวอย่างเหมาะสม จะทำให้แม่วัยรุ่นสามารถผ่านพ้นปัญหาที่เกิด เพื่อให้ข้อมูลผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับของแม่วัยรุ่นซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่จะนำไปสู่แนวทางการช่วยเหลือสำหรับแม่วัยรุ่น จึงทำให้เกิดการวิจัยในเรื่องนี้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย เรื่อง การปรับตัวของแม่วัยรุ่น เป็นการวิจัยคุณภาพเชิงปรากฏการณ์ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาผลกระทบของการเป็นแม่วัยรุ่นในเขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง 2) เพื่อศึกษาการปรับตัวของแม่วัยรุ่นในเขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง 3) เพื่อศึกษาแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น โดยประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาผลกระทบและการปรับตัวของแม่วัยรุ่น และขั้นตอนที่ 2 ศึกษาแนวทางการช่วยเหลือแม่วัยรุ่น ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยดังนี้

1. การศึกษาผลกระทบและการปรับตัวของแม่วัยรุ่น
 - 1.1 ผู้ให้ข้อมูล
 - 1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - 1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล
2. การศึกษาแนวทางการช่วยเหลือแม่วัยรุ่น
 - 2.1 ผู้ให้ข้อมูล
 - 2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - 2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล
3. การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล
5. การควบคุมคุณภาพงานวิจัย
6. การสรุปและนำเสนอ

การศึกษาผลกระทบและการปรับตัวของแม่วัยรุ่น

ผู้ให้ข้อมูล

โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย แม่วัยรุ่นและบุคคลในครอบครัว ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง โดยเป็นแม่วัยรุ่น จำนวน 17 คน และบุคคลในครอบครัวที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่แม่วัยรุ่น จำนวน 17 คน ได้แก่ แม่ ยาย แม่สามี

สามี ย่า และพ่อของแม่วัยรุ่น จำนวน 7, 3, 3, 2 และ 1 คน ตามลำดับ มีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

1. แม่วัยรุ่น

เป็นคนไทย คลอดลูกคนแรกเมื่ออายุต่ำกว่า 19 ปี บริบูรณ์ โดยลูกอายุอยู่ระหว่างแรกเกิดจนถึง 3 ปี มีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถอ่านออกและเขียนหนังสือได้ มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี อยู่ในระดับที่สามารถพูดคุยให้ข้อมูลต่าง ๆ ได้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. บุคคลในครอบครัว

สามีของแม่วัยรุ่นที่ยังอยู่กินด้วยกัน โดยพุดินัย ผู้ปกครองหรือญาติที่แม่วัยรุ่นพักอาศัยอยู่ด้วย และให้การสนับสนุนทางสังคม มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี อยู่ในระดับที่สามารถพูดคุยให้ข้อมูลต่าง ๆ ได้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะได้มาซึ่งข้อมูล ที่ถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และมีเครื่องมืออื่น ๆ ที่สนับสนุนการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุเมื่อคลอดบุตร สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ ชั้นที่สำเร็จการศึกษา
2. แบบประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้า ที่เป็นเครื่องมือมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต (ภาคผนวก)
3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ที่สร้างตามกรอบแนวคิด ทฤษฎี การวิจัยที่เกี่ยวกับแม่วัยรุ่น ผลกระทบและการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ประเด็นความเครียด ภาวะซึมเศร้า การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัว เป็นต้น (ภาคผนวก)

นำแบบสัมภาษณ์ทั้ง 2 ส่วน และแบบประเมินมาตรฐานเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content analysis) และนำไปทดลอง สัมภาษณ์ในกลุ่มแม่วัยรุ่นและบุคคลในครอบครัวซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ที่จะให้ข้อมูลจริง วิเคราะห์และปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตจากคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยอง เพื่อขออนุญาตและชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งประสานงานกับผู้ที่รับผิดชอบงานแม่และเด็กในระดับจังหวัด/ อำเภอ และศึกษาข้อมูลแม่วัยรุ่นในแต่ละอำเภอ
2. เลือกอำเภอบ้านค่าย ซึ่งมีอัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นสูง และสาธารณสุขอำเภอให้การสนับสนุนโครงการวิจัย เลือกสถานบริการสาธารณสุขที่มีแม่วัยรุ่นพักอาศัยอยู่ในพื้นที่มากที่สุด จำนวน 2 ตำบล ได้แก่ ตำบลชากบกและตาขัน
3. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำสถานบริการสาธารณสุขที่มีแม่วัยรุ่นพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยกับเจ้าหน้าที่ ศึกษาข้อมูลแม่วัยรุ่นในระดับพื้นที่ ในฐานะข้อมูลของสถานบริการสาธารณสุข ค้นหาผู้ที่ยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่โทรศัพท์ชี้แจงวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์กับแม่วัยรุ่นและบุคคลในครอบครัว ตามรายชื่อที่ได้ สอบถามความสมัครใจในการให้ข้อมูล
5. นัดหมายการสัมภาษณ์ ในช่วงเวลาที่แม่วัยรุ่นและบุคคลในครอบครัวสะดวก โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขของแต่ละหมู่บ้านเป็นผู้นำทาง ทำการสัมภาษณ์ ณ ที่พักอาศัยของแม่วัยรุ่น
6. สัมภาษณ์เชิงลึกแม่วัยรุ่นและบุคคลในครอบครัวตามเวลาที่กำหนดนัด สัมภาษณ์โดยแยกสัมภาษณ์แม่วัยรุ่นและบุคคลในครอบครัวทีละคน บันทึกข้อมูล โดยการจดและเทปบันทึกเสียง
7. ภายหลังจากการสัมภาษณ์ในแต่ละคน ผู้วิจัยจะนำมาถอดความในรูปแบบการสนทนา (อ้างอิงตามคำพูดผู้ให้ข้อมูล) ตรวจสอบความถูกต้องและทำความเข้าใจ ถ้าพบว่ามีประเด็นใดที่ข้อมูลยังคลุมเครือ ไม่ครบถ้วน จะนำประเด็นนั้นไปสัมภาษณ์ซ้ำทางโทรศัพท์ (จดบันทึกเบอร์โทรศัพท์มือถือแม่วัยรุ่นไว้ทุกคน)
8. นำข้อมูลที่เขียนเป็นรายงานส่งคืนให้แม่วัยรุ่นอ่านเพื่อยืนยันความถูกต้องและติดตาม โดยการใช้โทรศัพท์มือถือ
9. สัมภาษณ์เชิงลึกแม่วัยรุ่นและบุคคลในครอบครัวระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม-30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 รวมจำนวนกลุ่มละ 17 คน

การศึกษาแนวทางการช่วยเหลือแม่วัยรุ่น

ผู้ให้ข้อมูล

โดยการสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแม่วัยรุ่นและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแม่และเด็ก โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. คัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มแม่วัยรุ่น โดยเป็นผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกและพบว่ามีการปรับตัวได้ตามเกณฑ์ ยินดีและมีเวลาสำหรับการเข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 5 คน

2. กำหนดผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแม่และเด็กในจังหวัดระยอง จำนวน 10 คน ประกอบด้วย ผู้ประสานงานอนามัยแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านค่าย จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพห้องคลอด โรงพยาบาลอำเภอ บ้านค่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชากบก จำนวนแห่งละ 1 คน อาจารย์แนะแนว โรงเรียนบ้านค่ายวิทยา อาจารย์อนามัย โรงเรียนและอาจารย์ประจำชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนหนองพะวา จำนวนอย่างละ 1 คน นักสังคมสงเคราะห์จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระยอง จำนวน 1 คน อสม.ตำบลชากบก จำนวน 2 คน รักษาการหัวหน้างานสาธารณสุขเทศบาลตำบลชากบก จำนวน 1 คน ภายหลังประสานงานแล้ว พบว่า ยินดีและสามารถเข้าร่วมสนทนากลุ่มได้ตามวันเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การสนทนากลุ่มแม่วัยรุ่น นำข้อมูลผลกระทบและการปรับตัวของแม่วัยรุ่นจากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาวิเคราะห์และกำหนดประเด็นให้มีความเชื่อมโยงกับผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นประเด็นในการสนทนากลุ่ม บันทึกข้อมูลโดยการจดและเทปบันทึกเสียง
2. การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแม่และเด็ก โดยนำข้อมูลการสรุปประเด็นผลกระทบ การปรับตัว ข้อมูลความต้องการการช่วยเหลือของแม่วัยรุ่น เสนอต่อผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม บันทึกข้อมูลโดยการจดบันทึกเทปเสียงและการถ่ายภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานแม่วัยรุ่น โดยการโทรศัพท์แจ้งกำหนดวัน เวลา และสถานที่สนทนากลุ่ม
2. สนทนากลุ่มแม่วัยรุ่น เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2558 เวลา 10.00-12.00 น. ที่บ้านแม่วัยรุ่น ในตำบลชากบก ทำให้ได้ข้อมูลความต้องการการช่วยเหลือของแม่วัยรุ่น
3. ประสานความร่วมมือกับผู้รับผิดชอบงานแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ บ้านค่าย เพื่อส่งหนังสือเชิญผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยถือหนังสือเชิญไปเชิญผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแม่และเด็กด้วยตนเอง โดยผู้รับผิดชอบงานแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านค่ายเป็นผู้นำทาง ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยโดยสังเขป ให้ผู้บริหารและ/ หรือผู้เกี่ยวข้องได้ทราบ แจ้งกำหนดนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ของการสนทนา
4. ประเด็นการสนทนากลุ่ม เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มแม่วัยรุ่น นำเสนอต่อผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น

5. ดำเนินการสนทนากลุ่ม เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2557 เวลา 10.00-12.15 น.
ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง
6. สรุปประเด็นและข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

เนื่องจากการศึกษาวิจัยในมนุษย์ และเป็นเรื่องที่เปราะบาง ทำให้ต้องคำนึงถึงจริยธรรมและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จึงมีการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยบูรพา และผ่านมติเห็นชอบอนุมัติโครงการเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2557
2. ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ในการสอบถามความสมัครใจของแม่วัยรุ่นและบุคคลในครอบครัวทางโทรศัพท์เพื่อขอสัมภาษณ์ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การนำเสนอข้อมูลที่ไม่มีการเปิดเผยหรือเชื่อมโยงถึงตัวตนของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งแม่วัยรุ่นและบุคคลในครอบครัวสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการและการให้สัมภาษณ์ได้ตลอดเวลาของการให้ข้อมูล
3. กรณีแม่วัยรุ่นและบุคคลในครอบครัวยินยอมให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยพบและแนะนำตัวกับแม่วัยรุ่นและบุคคลในครอบครัวอย่างเป็นทางการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ รูปแบบของการสัมภาษณ์ การเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งจะต้องมีการจดบันทึก การบันทึกลงทapeเสียง รูปแบบของการเผยแพร่ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยนำเสนอเฉพาะในส่วนที่เป็นข้อมูลที่สัมภาษณ์ แต่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุล ที่อยู่ ในส่วนการจดบันทึก การบันทึกลงทapeเสียง กระทำเพื่อให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้ถูกต้องครบถ้วน ตามที่เป็นจริง
3. เมื่อสิ้นสุดการวิจัย รายงานการวิจัยถูกจัดทำเป็นรูปเล่ม ข้อมูลการสัมภาษณ์ที่เป็นเอกสารและเทปบันทึกเสียงจะถูกทำลายภายใน 6 เดือน เพื่อไม่ให้เป็นหลักฐานที่จะนำไปสู่ผู้ให้ข้อมูล
4. แม่วัยรุ่นที่อายุมากกว่า 15 ปี ที่สมรสแล้ว ทั้งที่ยังสมรสอยู่หรือหย่าร้างแล้ว สามารถลงลายมือชื่อแสดงความยินยอมในแบบแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเองเพียงลำพัง แต่แม่วัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ไม่เคยสมรส ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง โดยลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบแสดงความยินยอม บุคคลในครอบครัวที่ยินยอมให้สัมภาษณ์ต้องลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบแสดงความยินยอมเช่นกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินมาตรฐาน ได้แก่ แบบประเมินความเครียดและแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต ซึ่งได้เป็นระดับค่าคะแนน นำมาตีความสร้างข้อสรุปให้เป็นข้อความ ตามที่เครื่องมือกำหนด

2. ข้อมูลจากสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบตีความสร้างข้อสรุป ประกอบกับการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) จัดหมวดหมู่และสรุปประเด็น (Thematic analysis) โดยอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

3. ข้อมูลจากสนทนากลุ่ม นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) จัดหมวดหมู่และสรุปประเด็น (Thematic analysis) โดยอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

การควบคุมคุณภาพงานวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยมีคุณภาพ น่าเชื่อถือตลอดกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยเลือกใช้การสร้างความน่าเชื่อถือของ Lincoln and Guba (1985) มาเป็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัย โดยมีเทคนิคที่สำคัญ 2 ประการ คือ

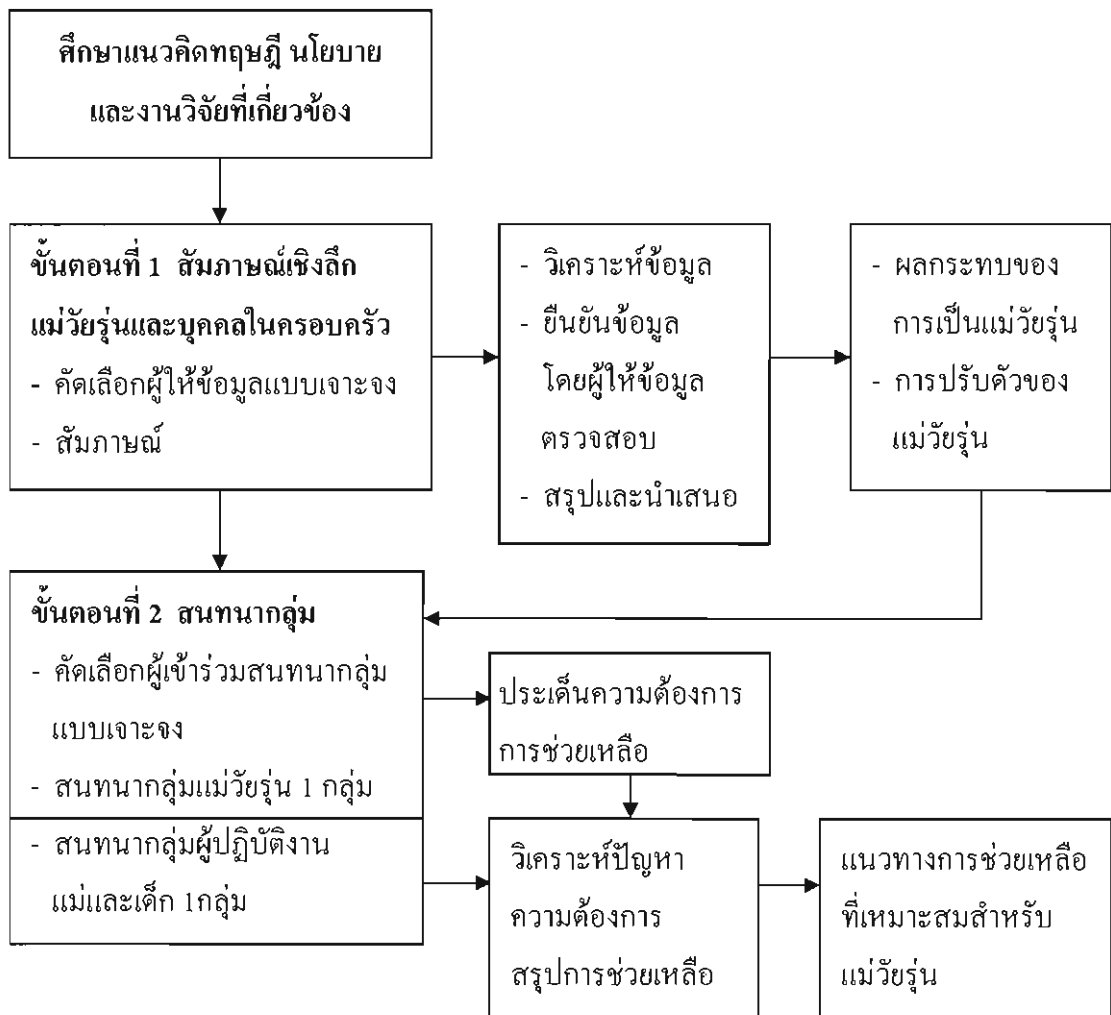
1. ความถูกต้องน่าเชื่อถือ (Credibility) โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เทคนิคการสัมภาษณ์ การสังเกตที่เหมาะสม และการเก็บรวบรวมข้อมูลในสิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้องภายหลังการเขียนเป็นรายงาน

2. ข้อมูลมีความคงที่ (Dependability) โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบข้อมูลที่เขียนเป็นรายงาน

การสรุปและการนำเสนอ

การสรุปผลการศึกษาวิจัย เป็นการนำเสนอจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม โดยส่วนที่เป็นข้อมูลทั่วไปและการสัมภาษณ์เชิงลึก นำเสนอโดยการบรรยาย ตีความสร้างข้อสรุปเป็นตาราง วิเคราะห์เนื้อหาตามกรอบแนวคิดการวิจัย โดยอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

ในส่วนของการสนทนากลุ่มสรุปเป็น 2 ส่วน คือ การความต้องการการช่วยเหลือ และแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น นำเสนอโดยตีความสร้างข้อสรุปตามประเด็นการวิจัย โดยอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ผนวกกับการวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปเป็นตาราง



ภาพที่ 4 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัย เรื่อง การปรับตัวของแม่วัยรุ่น ดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ นำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของแม่วัยรุ่น
2. ผลกระทบของการเป็นแม่วัยรุ่น
3. การปรับตัวของแม่วัยรุ่น
4. แนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น

ข้อมูลทั่วไปของแม่วัยรุ่น

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกแม่วัยรุ่นและบุคคลในครอบครัว สรุปข้อมูลที่สำคัญได้ดังนี้ แม่วัยรุ่นรายที่ 1 ตั้งครรภ์และออกจากโรงเรียนขณะเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีเพศสัมพันธ์แบบยินยอมแต่ไม่มีพิธีสมรสและไม่ตั้งใจมีลูก ยังอยู่กินกับสามี ไม่ได้ประกอบอาชีพ อยู่บ้านเลี้ยงลูก ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง คลอดลูกเมื่ออายุ 14 ปี คลอดปกติโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทั้งขณะคลอดและหลังคลอด ทารกเพศชายแรกคลอดสุขภาพแข็งแรง น้ำหนัก 3,100 กรัม ปัจจุบันอายุ 2 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ลูกรูปร่างสมวัย สามีอายุ 17 ปี เรียนไม่จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ปัจจุบันทำงานรับจ้างส่งของรายได้วันละ 400 บาท เริ่มทำงานได้ 2-3 วัน (วันที่สัมภาษณ์) สามีไม่ค่อยช่วยเหลือดูแลแม่วัยรุ่นและลูก แม่วัยรุ่นและสามีพักอาศัยอยู่บ้านพ่อแม่ของแม่วัยรุ่น ครอบครัวของพ่อแม่วัยรุ่นมีรายได้จากการขายผักเดือนละ 15,000 บาท โดยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของแม่วัยรุ่นและลูกทั้งหมด รวมทั้งต้องช่วยเหลือลูกของแม่วัยรุ่นในบางเวลา สถานที่สัมภาษณ์คือบ้านพ่อแม่ของแม่วัยรุ่น แม่วัยรุ่นรูปร่างท้วม โดยรูปร่างที่ท้วมเป็นมาก่อนตั้งครรภ์ ขณะให้สัมภาษณ์แม่วัยรุ่นสีหน้าเรียบเฉย ไม่สบตา ไม่ยิ้ม ไม่หัวเราะ ตอบคำถามสั้น ๆ บางคำถามต้องถามคำถามหลายครั้ง ต้องเปลี่ยนคำพูดในการถาม รวมทั้งกระตุ้นให้ตอบแต่ไม่มีการถามกลับ แต่นั่งไกวเปลลูกเรื่อย ๆ แม่ลูกจะร้องไห้ก็ขยับไกว โดยไม่มีปฏิสัมพันธ์ได้ตอบกับลูก บุคคลในครอบครัวที่ให้สัมภาษณ์คือแม่ของแม่วัยรุ่น สภาพบ้านที่พักอาศัยทั้งภายในและภายนอกไม่ค่อยสะอาด รกรุงรัง ไม่เป็นระเบียบ

แม่วัยรุ่นรายที่ 2 ออกจากโรงเรียนในขณะเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โดยหนีไปอยู่กับสามี ก่อนตั้งครรภ์ มีเพศสัมพันธ์แบบยินยอมแต่ไม่มีพิธีสมรสและไม่ตั้งใจมีลูก ยังอยู่กินกับสามี

ปัจจุบันประกอบอาชีพกรีดยางในที่ดินในสวนที่พ่อแม่ของแม่วัยรุ่นแบ่งให้ทำมาหากิน มีรายได้เดือนละ 5,500 บาท คลอดลูกเมื่ออายุ 16 ปี คลอดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะคลอดและหลังคลอด ทารกเพศหญิงแรกคลอดสุขภาพแข็งแรง น้ำหนัก 3,420 กรัม ปัจจุบันอายุ 3 ปี แม่วัยรุ่นเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง 1 เดือน หลังจากนั้นแม่ของแม่วัยรุ่นนำหลานไปเลี้ยงที่บ้านตนเอง มีบางวันที่แม่ของแม่วัยรุ่นติดธุระ แม่วัยรุ่นจะไปรับลูกมาเลี้ยงเอง ซึ่งไม่บ่อยนัก (พ่อแม่ของแม่วัยรุ่นแยกทางและแต่งงานใหม่ทั้งสองคน) แม่วัยรุ่นพักอาศัยอยู่บ้านย่าของแม่วัยรุ่น โดยมีพ่อของแม่วัยรุ่นและแม่เลี้ยงพักอาศัยอยู่ด้วย ลูกของแม่วัยรุ่นสุขภาพดี เจริญเติบโตสมวัย สามียายุ 22 ปี จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ปัจจุบันเป็นทหารเกณฑ์กองประจำการ รายได้เดือนละ 10,000 บาท พ่อและแม่เลี้ยงของแม่วัยรุ่นมีรายได้เดือนละ 10,000 บาท ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในบ้านพ่อและครอบครัวแม่วัยรุ่นร่วมกันรับผิดชอบ สถานที่ที่สัมผัสภัยคือบ้านย่าตนเอง ขณะให้สัมผัสภัยลูกสาวเล่นอยู่ด้วย พฤติกรรมของเด็กค่อนข้างงอแง อยู่ไม่นิ่ง ต้องคอยพุดลอบอยู่ตลอดเวลา แม่วัยรุ่นรูปร่างสมส่วน ท่าทางของแม่วัยรุ่นขณะให้สัมผัสภัย ใบหน้ายิ้มแย้ม พุดคุยตอบคำถามชัดเจน แต่ไม่มีการซักถามกลับ บุคคลในครอบครัวที่ให้สัมผัสภัยคือย่า สภาพบ้านที่พักอาศัยทั้งภายในและภายนอกไม่ค่อยสะอาด รกรุงรัง ไม่เป็นระเบียบ

แม่วัยรุ่นรายที่ 3 ภายหลังจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 แม่เลี้ยงให้ออกจากโรงเรียน โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเงินส่งให้เรียน แม่วัยรุ่นอยู่กับสามีก่อนมีพิธีสมรส แต่มีพิธีสมรสก่อนตั้งครรภ์ แต่ไม่ตั้งใจมีลูก เพราะคิดว่าตนเองอายุน้อยและต้องการเรียนต่อ ยังอยู่กับสามีก่อนตั้งครรภ์ ประกอบอาชีพค้าขาย หลังคลอดลูกไม่ได้ประกอบอาชีพ อยู่บ้านเลี้ยงลูก แต่มีเงินรายได้โดยขอจากพ่อแม่ตนเองประมาณ 2,000-3,000 บาท ต่อเดือน คลอดลูกเมื่ออายุ 19 ปี ขณะคลอดมีปัญหา โลหิตจางและครรภ์เกินกำหนด ทำให้ต้องคลอดโดยการผ่าคลอด หลังคลอดแม่วัยรุ่นมีภาวะ โลหิตจาง ทารกเพศหญิงแรกคลอดสุขภาพแข็งแรง น้ำหนัก 2,700 กรัม ปัจจุบันอายุ 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียวนาน 1 เดือน เนื่องจากน้ำนมไม่พอให้ลูกกิน จึงเปลี่ยนเป็นนมผสม ลูกเจริญเติบโตสมวัย เนื้อตัวสะอาด สามียายุ 21 ปี จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ทำงานรับจ้างขายของ รายได้เดือนละ 15,000 บาท แม่วัยรุ่นและสามียุกับครอบครัวย่า พ่อและแม่เลี้ยงตนเอง โดยสามียุพักอาศัยอยู่ด้วยเป็นบางครั้ง (สามียุไม่กลับมาเพราะกลับไปพักที่บ้านพ่อแม่สามียุ) สามียุสนใจดูแลแม่วัยรุ่นและลูกเป็นอย่างดี (พ่อแม่ของแม่วัยรุ่นแยกทางและแต่งงานใหม่ทั้งสองคน) พ่อของแม่วัยรุ่นมีรายได้เดือนละ 30,000 บาท ค่าใช้จ่ายในครอบครัว พ่อของแม่วัยรุ่นและสามียุร่วมกันรับผิดชอบ สถานที่สัมผัสภัยคือบ้านย่าของแม่วัยรุ่น แม่วัยรุ่นรูปร่างผอมบางมาก น้ำหนักตัวประมาณ 35 กิโลกรัม รูปร่างที่ผอมเกิดขึ้นภายหลังคลอด เนื่องจากหลังคลอดแม่วัยรุ่นมีภาวะ โลหิตจาง ทำให้มีอาการเบื่ออาหาร แต่ในช่วงที่สัมผัสภัยอาการเบื่ออาหารทุเลาลงและน้ำหนักตัว

คงที่ ทำทางของแม่วัยรุ่นขณะให้สัมภาษณ์สีหน้ายิ้มแย้ม ตอบคำถามเป็นลักษณะของการพูดคุย มีเล่าเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งสอบถามกลับในประเด็นที่ไม่เข้าใจหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม บุคคลในครอบครัวที่ให้สัมภาษณ์คือแม่ของแม่วัยรุ่น (แม่มาเยี่ยมลูกและหลานในวันหยุด) สภาพบ้านที่พักอาศัยภายในไม่ค่อยเป็นระเบียบ แต่สะอาด บริเวณรอบ ๆ บ้านสะอาดมาก

แม่วัยรุ่นรายที่ 4 ออกจากโรงเรียนและตั้งครรภ์ขณะเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4

โดยหนีไปอยู่กับสามี มีเพศสัมพันธ์แบบยินยอมแต่ไม่มีพิธีสมรสและไม่ตั้งใจมีลูก ยังอยู่กินกับสามี หลังคลอดลูกไม่ได้ประกอบอาชีพ อยู่บ้านเลี้ยงลูก แต่มีรายจ่ายส่วนตัว โดยเป็นเงินที่ขอจากพ่อแม่ตนเอง ซึ่งเป็นจำนวนที่ไม่มากและไม่แน่นอน แม่วัยรุ่นคลอดลูกเมื่ออายุ 17 ปี ขณะคลอดมีภาวะพิษแห่งครรภ์ แต่คลอดได้เองตามธรรมชาติ หลังคลอดไม่มีปัญหาสุขภาพ ทารกเพศหญิงแรกคลอดสุขภาพแข็งแรง น้ำหนัก 2,400 กรัม ปัจจุบันอายุ 6 เดือน ยังเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง ลูกสุขภาพดี แต่ตัวค่อนข้างเล็ก เนื้อตัวไม่ค่อยสะอาด สามีอายุ 19 ปี จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 รับจ้างพ่อแม่ตนเองทำสวน รายได้เดือนละ 5,000 บาท แม่วัยรุ่นพักอาศัยอยู่กับครอบครัวพ่อแม่สามี ครอบครัวพ่อแม่สามีมีรายได้เดือนละ 15,000 บาท แม่สามีช่วยเหลือดูแลแม่วัยรุ่นและลูกในทุก ๆ เรื่องแต่สามีไม่ค่อยเอาใจใส่ดูแล มักออกไปเที่ยวกับเพื่อนบ่อย ๆ สถานที่สัมภาษณ์คือบ้านพ่อแม่สามี แม่วัยรุ่นรูปร่างสมส่วน ทำทางของแม่วัยรุ่นขณะให้สัมภาษณ์ใบหน้ายิ้มแย้ม ในช่วงแรกไม่ค่อยพูด ตอบคำถามสั้น แต่เมื่อสัมภาษณ์ไประยะหนึ่งการตอบคำถามยาวขึ้น โดยได้เล่าเรื่องราวต่าง ๆ ให้ทราบ บุคคลในครอบครัวที่ให้สัมภาษณ์คือแม่สามี สภาพบ้านที่พักอาศัยทั้งภายในและภายนอกไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบ

แม่วัยรุ่นรายที่ 5 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 แต่พ่อแม่ไม่ให้เรียนต่อเนื่องจากมีปัญหาเกี่ยวกับแม่เลี้ยง จึงไปพักอาศัยอยู่กับครอบครัวอาผู้หญิง ช่วยอาทำงานบ้าน มีพิธีสมรสก่อนตั้งครรภ์ ตั้งใจมีลูกและยังอยู่กินกับสามี ไม่ได้ประกอบอาชีพ อยู่บ้านเลี้ยงลูก แต่มีรายจ่ายส่วนตัว โดยเป็นเงินที่ขอจากพ่อแม่ตนเอง ซึ่งเป็นจำนวนที่ไม่มากและไม่แน่นอน คลอดลูกเมื่ออายุ 18 ปี ขณะเจ็บครรภ์คลอดร้องมาก ไม่เบ่งคลอด ต้องช่วยคลอด โดยเครื่องสูญญากาศ หลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทารกเพศชายแรกคลอดมีปัญหาติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด โดยรักษาอยู่นาน 1 สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอด 2,890 กรัม ปัจจุบันอายุ 11 เดือน ยังกินนมแม่อยู่ เด็กรูปร่างสมวัย เนื้อตัวสะอาด วันที่สัมภาษณ์เด็กป่วยเป็นโรคตาแดง สามีอายุ 26 ปี จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ทำงานรับจ้าง รายได้เดือนละ 5,000 บาท ปัจจุบันแม่วัยรุ่นและสามีพักอาศัยอยู่กับครอบครัวพ่อแม่สามี (พ่อแม่ของแม่วัยรุ่นแยกทางกันและแต่งงานใหม่ทั้งสองคน) ครอบครัวพ่อแม่สามีมีรายได้เดือนละ 15,000 บาท ค่าใช้จ่ายในครอบครัวได้จากสามี พ่อสามี แม่วัยรุ่นรูปร่างสมส่วน ทำทางของแม่วัยรุ่นขณะให้สัมภาษณ์ใบหน้ายิ้มแย้ม ตอบคำถาม

ด้วยประโยคยาว ๆ พุดคุยซักถามเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็ก บุคคลในครอบครัวที่ให้สัมภาษณ์คือ
สามี ซึ่งไม่ค่อยพูด สภาพบ้านที่พักอาศัยทั้งภายในและภายนอกสะอาดเป็นระเบียบ

แม่วัยรุ่นรายที่ 6 ตั้งครรภ์และออกจากโรงเรียนขณะเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2

โดยหนีไปอยู่กับสามี มีเพศสัมพันธ์แบบยินยอมแต่ไม่มีพิธีสมรสและไม่ตั้งใจมีลูก แยกทางกับสามี
ที่เป็นพ่อของลูกในขณะตั้งครรภ์ลูกคนที่ 2 หลังคลอดลูกไม่ได้ประกอบอาชีพ อยู่บ้านแต่ไม่ได้เลี้ยงลูก
ยายของแม่วัยรุ่นเป็นผู้เลี้ยง แม่วัยรุ่นช่วยงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ โดยยายให้เงินใช้วันละ 100 บาท
คลอดลูกเมื่ออายุ 15 ปี ขณะคลอดมีปัญหาเรื่องโลหิตจาง และขอให้แพทย์ผ่าคลอดเนื่องจาก
ไม่ต้องการเจ็บครรภ์ หลังคลอดแม่วัยรุ่นมีภาวะโลหิตจาง ทารกเพศชายแรกคลอดสุขภาพแข็งแรง
น้ำหนัก 3,300 กรัม ปัจจุบันอายุ 1 ปี 2 เดือน แม่วัยรุ่นให้ลูกกินนมตนเองนาน 1 เดือน จึงเปลี่ยนเป็น
นมผสมเพราะเจ็บเต้านม ลูกสุขภาพดี เจริญเติบโตสมวัย เนื้อตัวสะอาด สามีอายุ 27 ปี เรียนไม่จบ
ชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 2 ไม่ทราบข้อมูลของสามี แม่วัยรุ่นพักอาศัยอยู่กับยายและแม่ตนเอง ครอบครัว
ที่พักอาศัยอยู่มีรายได้เดือนละ 12,000 บาท ค่าใช้จ่ายในบ้านแม่และยายเป็นผู้รับผิดชอบ สถานที่
สัมภาษณ์คือบ้านยาย (แม่ของแม่วัยรุ่นเป็นแม่วัยรุ่นและเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว) สาเหตุที่เลิกกับสามีแล้ว
เนื่องจากสามีใช้ยาเสพติดและชวนให้ตนเสพ ยายและแม่ตนเองจึงบังคับให้เลิก ตนเองได้รับ
การบำบัดแล้ว ขณะให้สัมภาษณ์กำลังตั้งท้องลูกคนที่ 2 อายุครรภ์ 5 เดือน แต่ยังไม่ฝากครรภ์
และมีคู่อีกใหม่เป็นทอม แม่วัยรุ่นรูปร่างผอมบาง ซุปซิด คู่อ่อนเพลีย พุดน้อย ตอบคำถามสั้น ๆ
ไม่มีการซักถามกลับ ไม่สวดขณะพุดคุย บุคคลในครอบครัวที่ให้สัมภาษณ์คือยายของแม่วัยรุ่น
สภาพบ้านที่พักอาศัยภายในและภายนอกบ้านไม่ค่อยสะอาด แต่ไม่รุงรัง

แม่วัยรุ่นรายที่ 7 เรียนไม่จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เนื่องจากผู้ปกครองในขณะนั้นคือ
ตาและยาย (พ่อแม่ของแม่วัยรุ่นเสียชีวิตทั้ง 2 คน ตั้งแต่แม่วัยรุ่นยังเป็นเด็กเล็ก ๆ) ให้ออกจาก
โรงเรียนเพื่อมาช่วยตาและยายค้าขาย แม่วัยรุ่นมีพิธีสมรสก่อนตั้งครรภ์ ต้องการมีลูกและยังอยู่กับ
กับสามี หลังคลอดลูกไม่ได้ประกอบอาชีพ อยู่บ้านเลี้ยงลูก ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง คลอดลูกแฝด
ขณะอายุ 19 ปี มีภาวะแทรกซ้อน คือ ความดันโลหิตสูงขณะคลอด ประกอบกับการตั้งครรภ์แฝด
ทำให้ต้องผ่าคลอด หลังคลอดแม่วัยรุ่นสุขภาพแข็งแรง ทารกเพศชายทั้ง 2 คน แรกคลอดสุขภาพ
แข็งแรง น้ำหนัก 2,553 และ 2,400 กรัม ปัจจุบันอายุ 1 เดือน เลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง นำนมยังพอ
ให้ลูกกินทั้ง 2 คน ลูกเจริญเติบโตสมวัย สามีอายุ 19 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ทำงาน
รับจ้าง รายได้เดือนละ 17,000 บาท แม่วัยรุ่นและสามีพักอยู่กับครอบครัวพ่อและแม่เลี้ยงสามี
ครอบครัวพ่อสามีมีรายได้เดือนละ 15,000 บาท ค่าใช้จ่ายในครอบครัวได้จากรายได้ของพ่อสามี
และสามี ซึ่งต้องช่วยพ่อสามีจ่ายค่าน้ำ ค่าไฟฟ้า ค่าอาหารที่ปรุงและรับประทานร่วมกัน สถานที่
สัมภาษณ์คือบ้านของพ่อและแม่เลี้ยงสามี แม่วัยรุ่นรูปร่างท้วม สีหน้ายิ้มแย้ม พุดเก่ง ตอบคำถาม

ด้วยประโยชน์ค่างว ๆ ชักถามในเรื่องที่สงสัย เรื่องที่ต้องการความช่วยเหลือ บุคคลในครอบครัว
 ที่ให้สัมภาษณ์คือสามีแม่วัยรุ่น สภาพบ้านที่พักอาศัยภายในและภายนอกบ้านไม่ค่อยสะอาด
 แต่ไม่รกรุงรัง

แม่วัยรุ่นรายที่ 8 ออกจากโรงเรียนและตั้งครุฑขณะเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2
 โดยหนีไปอยู่กับสามี แม่วัยรุ่นพักอาศัยอยู่กับครอบครัวอาในช่วงก่อนตั้งครุฑ (พ่อแม่ของแม่วัยรุ่น
 แยกทางกันและแต่งงานใหม่ทั้งสองคน) มีเพศสัมพันธ์แบบยินยอม มีพิธีสมรสหลังตั้งครุฑ
 แต่ไม่ตั้งใจมีลูกและยังอยู่กินกับสามี ไม่ได้ประกอบอาชีพ อยู่บ้านเลี้ยงลูก มีรายได้จากพ่อแม่ตนเอง
 เดือนละ 1,000 บาท คลอดลูกเมื่ออายุ 14 ปี ขณะเจ็บครุฑคลอดร้องมาก แต่คลอดเองตามธรรมชาติ
 หลังคลอดแม่สุขภาพแข็งแรง ทารกเพศชาย แรกคลอดมีปัญหาตัวเหลือง รักษาโดยเข้าสู้อบส่องไฟ
 ลดอาการตัวเหลือง 1 วัน น้ำหนักแรกคลอด 3,100 กรัม ปัจจุบันอายุ 1 ปี 2 เดือน ยังกินนมแม่
 ลูกสุขภาพดี เจริญเติบโตสมวัย แต่เนื้อตัวไม่สะอาด ซุกซน และงอแงมาก สามีอายุ 21 ปี
 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ทำงานรับจ้าง รายได้เดือนละ 10,000 บาท แม่วัยรุ่นและสามี
 พักอยู่กับพ่อและแม่เลี้ยงของแม่วัยรุ่น ครอบครัวพ่อและแม่เลี้ยงมีรายได้เดือนละ 10,000 บาท
 ค่าใช้จ่ายในครอบครัวมาจากรายได้ของพ่อตนเองและสามี สถานที่สัมภาษณ์คือบ้านของพ่อของ
 แม่วัยรุ่น แม่วัยรุ่นรูปร่างอ้วน เนื้อตัวไม่สะอาด กริยาท่าทางขณะให้สัมภาษณ์ใบหน้ายิ้มแย้ม
 แต่ตอบคำถามไม่ค่อยตรงประเด็น โดยเฉพาะในกรณีที่เป็นความคิดเห็น ต้องอธิบายคำถาม
 พร้อมกับการยกตัวอย่างประกอบ ไม่มีการชักถามกลับ บุคคลในครอบครัวที่ให้สัมภาษณ์คือ
 พ่อของแม่วัยรุ่น สภาพบ้านที่พักอาศัยทั้งภายในและภายนอกสกปรก รกรุงรัง มีกลิ่นเหม็นอุจจาระ
 และปัสสาวะเด็กทั่วทั้งบ้าน

แม่วัยรุ่นรายที่ 9 เรียนจบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 แต่พ่อแม่ไม่ให้เรียนต่อ
 ต้องการให้ออกมาช่วยทำงาน มีพิธีสมรสก่อนตั้งครุฑแต่ไม่ตั้งใจมีลูก และยังอยู่กินกับสามี
 หลังคลอดลูก 2 เดือน จึงไปทำงานรับจ้าง รายได้เดือนละ 9,000 บาท คลอดลูกเมื่ออายุ 17 ปี
 คลอดเองตามธรรมชาติ คลอดง่าย หลังคลอดแม่สุขภาพแข็งแรง ทารกเพศชาย แรกคลอดสุขภาพ
 แข็งแรง น้ำหนักแรกคลอด 2,700 กรัม ปัจจุบันอายุ 4 เดือน กินนมแม่เพียง 1 สัปดาห์ เพราะน้ำนม
 ไม่ไหล เด็กสุขภาพดี เจริญเติบโตสมวัย เนื้อตัวสะอาด ย่าของแม่วัยรุ่นเป็นผู้เลี้ยงดูในเวลากลางวัน
 เนื่องจากแม่วัยรุ่นและสามีทำงานนอกบ้านแทบทุกวัน ส่วนกลางคืนและวันหยุดแม่วัยรุ่นและสามี
 เป็นผู้เลี้ยง สามีอายุ 17 ปี จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ทำงานรับจ้าง รายได้เดือนละ 9,000 บาท
 แม่วัยรุ่นและสามีพักอยู่กับย่า พ่อแม่ของแม่วัยรุ่น รายได้ครอบครัวพ่อแม่ของแม่วัยรุ่นเดือนละ
 18,000 บาท ค่าใช้จ่ายในครอบครัวของแม่วัยรุ่นได้จากเงินค่าจ้างของตนเองและสามี กรณีที่ไม่พอ
 พ่อแม่ของแม่วัยรุ่นก็จะสนับสนุน สถานที่สัมภาษณ์คือบ้านของพ่อแม่ของแม่วัยรุ่น แม่วัยรุ่น

รูปร่างเล็กแต่สมส่วน ดูเป็นคนสุขภาพดี แม่วัยรุ่นหน้าเรียบเฉย ตอบคำถามสั้น ไม่มีการพูดคุย ซักถามกลับ เช่นเดียวกับสามีที่ไม่ค่อยตอบคำถาม ได้แต่ยิ้ม ๆ และไม่ค่อยตอบคำถาม สภาพบ้านที่พักอาศัยภายในและภายนอกสะอาด แต่ไม่เป็นระเบียบ

แม่วัยรุ่นรายที่ 10 ออกจากโรงเรียนและตั้งครรภ์ขณะเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โดยไปอยู่กับสามี มีเพศสัมพันธ์แบบยินยอม ไม่มีพิธีสมรสและไม่ตั้งใจมีลูก ปัจจุบันแยกทางกับสามีที่เป็นพ่อของลูก ไม่ได้ประกอบอาชีพ อยู่บ้านเลี้ยงลูก คลอดลูกเมื่ออายุ 15 ปี ระหว่างรอคลอด แม่วัยรุ่นความดันโลหิตสูงมาก มีอาการชัก ไม่รู้สึกตัว 3 วัน ต้องพักรักษาตัวในห้อง ไอ.ซี.ยู. ใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้เลือด และผ่าคลอด ทารกเพศหญิง แรกคลอดทารกมีปัญหาติดเชื้อทางเดินหายใจและติดเชื้อในกระแสเลือด ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ แม่วัยรุ่นและลูกพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 1 สัปดาห์ ทารกแรกคลอดน้ำหนัก 3,180 กรัม ปัจจุบันอายุ 6 เดือน ยังกินนมแม่อยู่เนื่องจากแม่ของแม่วัยรุ่นไม่ยอมให้กินนมผสม เด็กตัวค่อนข้างเล็กเนื่องจากเจ็บป่วยบ่อย แม่วัยรุ่นและแม่ของแม่วัยรุ่นช่วยกันเลี้ยง สามีอายุ 16 ปี จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ไม่ทำงาน ครอบครัวสามีไม่ส่งเสียค่าเลี้ยงดูลูก แม่วัยรุ่นพักอยู่กับครอบครัวพ่อแม่ตนเอง ครอบครัวมีรายได้เดือนละ 10,000 บาท ค่าใช้จ่ายทั้งหมดของแม่วัยรุ่นและลูก พ่อแม่ตนเองรับผิดชอบทั้งหมด สถานที่สัมภาษณ์คือบ้านของพ่อแม่ของแม่วัยรุ่น แม่วัยรุ่นรูปร่างผอมบาง สุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง ใบหน้าซีดซีม พูดเก่ง ตอบคำถามด้วยประโยคยาว ๆ มีเรื่องเล่าให้ผู้วิจัยได้ฟังนอกเหนือจากประเด็นที่ถาม มีการซักถามในเรื่องที่สงสัย บุคคลในครอบครัวที่ให้สัมภาษณ์คือแม่ของแม่วัยรุ่น สภาพบ้านที่พักอาศัยทั้งภายในและภายนอกสะอาด แต่ไม่เป็นระเบียบ

แม่วัยรุ่นรายที่ 11 ออกจากขณะเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โดยหนีไปอยู่กับสามี ก่อนตั้งครรภ์เนื่องจากปรับตัวที่โรงเรียนใหม่ไม่ได้ แต่พ่อแม่ไม่ยอมให้เปลี่ยนสถานที่เรียน มีเพศสัมพันธ์แบบยินยอมและมีพิธีสมรสหลังตั้งครรภ์ แต่ไม่ตั้งใจมีลูก ยังอยู่กินกับสามี หลังคลอดลูกประกอบอาชีพกรีดยางและทำสวนผลไม้ในส่วนที่พ่อแม่ตนเองแบ่งพื้นที่ให้ รายได้รวมกับสามีเดือนละ 12,000 บาท คลอดลูกเมื่ออายุ 16 ปี คลอดเองตามธรรมชาติ คลอดง่าย หลังคลอดสุขภาพแข็งแรง ทารกเพศชายแรกคลอดสุขภาพแข็งแรง น้ำหนักแรกคลอด 3,060 กรัม ปัจจุบันอายุ 9 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว 3 เดือน หลังจากนั้นกินนมผสมร่วมกับนมแม่ ลูกสุขภาพดี อารมณ์ดี เนื้อตัวสะอาด สามีแม่วัยรุ่นอายุ 18 ปี จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพทำสวน แม่วัยรุ่นและสามีพักอยู่กับครอบครัวพ่อแม่ของแม่วัยรุ่น ครอบครัวพ่อแม่มีรายได้เดือนละ 40,000 บาท ค่าใช้จ่ายในครอบครัวได้จากเงินที่แม่วัยรุ่นและสามีทำงาน ซึ่งเพียงพอกับการใช้จ่าย โดยไม่ต้องรบกวนจากพ่อแม่ตนเอง สถานที่สัมภาษณ์คือบ้านของพ่อแม่ของแม่วัยรุ่น แม่วัยรุ่นรูปร่างดี สุขภาพแข็งแรง ใบหน้าซีดซีมแจ่มใส พูดเก่ง ตอบทุกคำถาม เล่าเรื่องต่าง ๆ ได้ละเอียด

มีการแสดงความคิดเห็น ชักถามในประเด็นที่สงสัย บุคคลในครอบครัวที่ทำให้สัมภาษณ์คือ
แม่ของแม่วัยรุ่น สภาพบ้านที่พักอาศัยทั้งภายในและภายนอกสะอาด เป็นระเบียบ

แม่วัยรุ่นรายที่ 12 อยู่กินกับสามีตั้งแต่เรียนชั้น ปวช.1 ญาติผู้ใหญ่ทราบแต่ไม่ห้ามปราม
ตั้งครรถ์ขณะเรียนชั้น ปวช.2 ทำให้ต้องหยุดเรียน แต่มาเรียนต่อจนจบ ปวช.3 หลังคลอดลูก
มีเพศสัมพันธ์แบบยินยอมแต่ไม่มีพิธีสมรสและไม่ตั้งใจมีลูก ยังอยู่กินกับสามี หลังคลอดลูก 5 เดือน
ไปทำงานรับจ้างในโรงงาน รายได้เดือนละ 10,500 บาท คลอดลูกเมื่ออายุ 18 ปี ขณะคลอดมีปัญหา
โลหิตจาง คลอดยาก แต่คลอดเองตามธรรมชาติ หลังคลอดสุขภาพแข็งแรง ทารกเพศชายแรกคลอด
สุขภาพแข็งแรง น้ำหนัก 4,200 กรัม ปัจจุบันอายุ 11 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว 2 เดือน น้านมไม่พอ
จึงเปลี่ยนมาให้นมผสม เด็กสุขภาพดี ขี้มก่ง เนื้อตัวสะอาด ไม่อแง สามีอายุ 25 ปี จบการศึกษา
ชั้น ปวส. ทำงานรับจ้าง รายได้เดือนละ 15,000 บาท สถานที่สัมภาษณ์คือบ้านเช่าที่แม่วัยรุ่นและ
สามีเช่าพักอยู่ (พ่อแม่ของแม่วัยรุ่นแยกทางกันและแต่งงานใหม่ทั้งสองคน ชายของแม่วัยรุ่น
ขายเป็นผู้เลี้ยงแม่วัยรุ่นตั้งแต่เล็ก ๆ) ค่าใช้จ่ายในครอบครัวคือเงินเดือนตนเองและสามี โดยรายได้
เพียงพอกับการใช้จ่ายแบบประหยัด ไม่มีเหลือเก็บ แม่วัยรุ่นรูปร่างสมส่วน ใบหน้ายิ้มแย้ม
พูดเก่งมาก ตอบคำถามเป็นเรื่องเป็นราว มีการซักถามในประเด็นต่าง ๆ ที่สงสัย บุคคลในครอบครัว
ที่ทำให้สัมภาษณ์คือยาย ซึ่งยายของแม่วัยรุ่นสุขภาพไม่แข็งแรง เป็นโรคเบาหวานและมีโรคแทรกซ้อน
แต่ต้องเลี้ยงหลานที่กำลังซุกซน สภาพบ้านที่พักอาศัยทั้งภายในและภายนอกสะอาดเป็นระเบียบ

แม่วัยรุ่นรายที่ 13 ออกจากโรงเรียนและตั้งครรถ์ขณะเรียนชั้น ปวช.1 เนื่องจากชอบเที่ยว
และติดเพื่อน มีเพศสัมพันธ์แบบยินยอมแต่ไม่มีพิธีสมรสและไม่ตั้งใจมีลูก ปัจจุบันแยกทางกับ
พ่อของลูกเมื่อลูกอายุประมาณ 1 ปี หลังคลอดลูกทำงานรับจ้าง รายได้เดือนละ 11,000 บาท
คลอดลูกเมื่ออายุ 15 ปี คลอดเองตามธรรมชาติ คลอดง่าย หลังคลอดแม่สุขภาพแข็งแรง ทารก
เพศหญิงแรกคลอดสุขภาพแข็งแรง น้ำหนักแรกคลอด 2,600 กรัม ปัจจุบันอายุ 1 ปี 6 เดือน กินนมแม่
นาน 1 เดือน เพราะแม่ต้องไปทำงานนอกบ้าน ซึ่งงานเลิกประมาณ 2 ทุ่ม เกือบทุกวัน ชายของ
แม่วัยรุ่นเป็นผู้เลี้ยงดูหลาน รวมทั้งคนอื่น ๆ ในบ้านก็ช่วยกันเลี้ยงดู ลูกสุขภาพดี อารมณ์ดี พูดเก่ง
เนื้อตัวสะอาด สามีแม่วัยรุ่นอายุ 19 ปี จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ไม่ทราบความเป็นอยู่
ของสามี สามีไม่ส่งเสียค่าเลี้ยงดูลูก แม่วัยรุ่นพักอาศัยอยู่กับยาย น้าสาวและน้าเขยของตนเอง
(พ่อแม่ของแม่วัยรุ่นแยกทางกันและแต่งงานใหม่ทั้งสองคน) ครอบครัวที่แม่วัยรุ่นพักอาศัยอยู่
มีรายได้เดือนละ 50,000 บาท ค่าใช้จ่ายในครอบครัวส่วนมากน้าทั้งสองคนเป็นผู้รับผิดชอบ
เนื่องจากรายได้ตนเองไม่พอกับการใช้จ่าย ซึ่งบางครั้งก็ขอจากยาย สถานที่สัมภาษณ์คือบ้านยาย
ซึ่งแม่วัยรุ่นพักอาศัยอยู่ แม่วัยรุ่นรูปร่างท้วม ใบหน้ายิ้มแย้ม ตอบคำถามในลักษณะการพูดคุย

มีการซักถามในประเด็นที่สงสัย บุคคลในครอบครัวที่ให้สัมภาษณ์คือยาย สภาพที่พักอาศัย ทั้งภายในและภายนอกสะอาด เป็นระเบียบ

แม่วัยรุ่นรายที่ 14 ออกจากโรงเรียนและตั้งครรภ์ขณะเรียนชั้น ปวช.2 โดยหนีไปอยู่บ้านสามี มีเพศสัมพันธ์แบบยินยอม มีพิธีสมรสหลังตั้งครรภ์แต่ไม่ตั้งใจมีลูก ยังอยู่กินกับสามี ไม่ได้ประกอบอาชีพ อยู่บ้านเลี้ยงลูก แต่มีรายได้จากเงินที่พ่อแม่ตนเองให้ ตลอดลูกเมื่ออายุ 17 ปี ขอให้แพทย์ผ่าคลอดเนื่องจากไม่ต้องการเจ็บครรภ์คลอด หลังคลอดแม่สุขภาพแข็งแรง ทารกเพศหญิงแรกคลอดสุขภาพแข็งแรง น้ำหนัก 3,400 กรัม ปัจจุบันอายุ 2 ปี 2 เดือน สุขภาพดี เจริญเติบโตสมวัย เนื้อตัวสะอาด ย่าเค็บบอกว่าเป็นเด็กเจ้าอารมณ์ งอแง เพราะปู่ตามใจ กินนมแม่นาน 1 เดือน เนื่องจากหัวนมบอด ให้กินลำบาก จึงเปลี่ยนเป็นนมผสม สามีอายุ 19 ปี กำลังเรียน กศน. ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 แม่วัยรุ่นและสามีพักอยู่กับครอบครัวพ่อแม่สามี ครอบครัวพ่อแม่สามีรายได้เดือนละ 35,000 บาท ค่าใช้จ่ายในครอบครัวพ่อแม่สามีรับผิดชอบทั้งหมด แต่พ่อแม่ของแม่วัยรุ่นเป็นผู้รับผิดชอบค่านมให้ลูกและค่าใช้จ่ายส่วนตัวของแม่วัยรุ่น (พ่อแม่ของแม่วัยรุ่นมีลูกคนเดียว ฐานะการเงินค่อนข้างดี) สถานที่สัมภาษณ์คือบ้านของพ่อแม่สามี แม่วัยรุ่นหน้าตาสวย ผิวพรรณดี แต่รูปร่างท้วม (ตั้งแต่หลังคลอด) ไม่ค่อยพูด ไม่ค่อยยิ้ม ตอบคำถามสั้น ๆ ไม่มีการซักถาม บุคคลที่ให้สัมภาษณ์ในครอบครัวคือแม่สามี สภาพที่พักอาศัยภายในและภายนอกสะอาด เป็นระเบียบ

แม่วัยรุ่นรายที่ 15 ออกจากโรงเรียนและตั้งครรภ์ขณะเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โดยหนีไปอยู่บ้านสามี มีเพศสัมพันธ์แบบยินยอมแต่ไม่มีพิธีสมรสและไม่ตั้งใจมีลูก แยกทางกับสามี ขณะตั้งครรภ์ลูกคนที่ 2 ไม่ได้ประกอบอาชีพ อยู่บ้านแต่ไม่ค่อยดูแลลูก ตลอดลูกเมื่ออายุ 16 ปี คลอดเองตามธรรมชาติ คลอดง่าย เพราะคลอดก่อนกำหนด หลังคลอดสุขภาพกายดีแต่เก็บตัวและไม่ค่อยพูด ทารกเพศหญิง แรกคลอดสุขภาพแข็งแรง น้ำหนัก 2,600 กรัม ปัจจุบันอายุ 1 ปี 6 เดือน ไม่ได้กินนมแม่ตั้งแต่เกิดเพราะไม่มีน้ำนม เด็กสุขภาพดี เจริญเติบโตสมวัย เนื้อตัวสะอาด แม่ของแม่วัยรุ่นบอกว่าหลานเลี้ยงง่ายไม่งอแง แต่เจ้าอารมณ์เป็นบางครั้ง ย่าทวดและยายช่วยกันเลี้ยง เพราะแม่ไม่ค่อยสนใจ สามีของแม่วัยรุ่นอายุ 29 ปี จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ทำงานรับจ้าง ไม่ทราบรายได้สามี สามีไม่ส่งเสียค่าเลี้ยงดูลูก (สามีมีภรรยาอยู่แล้วแต่อยู่คนละบ้าน) แม่วัยรุ่นพักอยู่กับครอบครัวพ่อแม่ตนเองและย่า รายได้ครอบครัวเดือนละ 10,000 บาท ค่าใช้จ่ายในครอบครัวพ่อแม่ตนเองรับผิดชอบทั้งหมด สถานที่สัมภาษณ์คือบ้านของพ่อแม่ตนเอง แม่วัยรุ่นรูปร่างอ้วนมาก เนื้อตัวมีกลิ่นเหม็นอับ กลิ่นคาวปลา กำลังตั้งครรภ์ลูกคนที่ 2 อายุครรภ์ 7 เดือน แต่ยังไม่ฝากครรภ์ แม่วัยรุ่นไม่สนใจตนเอง ไม่สนใจผู้สัมภาษณ์ ลักษณะคล้ายคนมีปัญหาสุขภาพจิต บุคคลในครอบครัวที่ให้สัมภาษณ์คือแม่ตนเอง สภาพบ้านที่พักอาศัยภายในและภายนอกสะอาด แต่ไม่เป็นระเบียบ

แม่วัยรุ่นรายที่ 16 เรียนจบชั้น ปวช.3 อยู่กินกับสามี 2 ปี ก่อนตั้งครรภ์ มีพิธีสมรส หลังตั้งครรภ์ แต่ไม่ตั้งใจมีลูก ยังอยู่กินกับสามี หลังคลอดลูกอยู่บ้านเลี้ยงลูก 1 ปี ปัจจุบันเรียนต่อระดับ ปวส. แม่ของแม่วัยรุ่นเป็นคนเลี้ยงในเวลากลางวัน ส่วนเวลากลางคืนแม่วัยรุ่นและสามีช่วยกันเลี้ยง คลอดลูกเมื่ออายุ 18 ปี คลอดโดยใช้เครื่องสูญญากาศช่วย หลังคลอดแม่สุขภาพแข็งแรง ทารกเพศชาย แรกคลอดสุขภาพแข็งแรง น้ำหนักแรกคลอด 3,200 กรัม ปัจจุบันอายุ 1 ปี 6 เดือน สุขภาพดี เจริญเติบโตสมวัย เนื้อตัวสะอาด เป็นเด็กเลี้ยงง่าย อารมณ์ดี กินนมแม่อย่างเดียว 1 เดือน ไม่มีน้ำหนักจึงเปลี่ยนมาเป็นนมผสมอย่างเดียว สามีแม่วัยรุ่นอายุ 19 ปี กำลังเรียนชั้น ปวช.3 แม่วัยรุ่นและสามีพักอาศัยอยู่กับครอบครัวของแม่วัยรุ่น ครอบครัวแม่วัยรุ่นรายได้เดือนละ 10,000 บาท ค่าใช้จ่ายในครอบครัวแม่ตนเองและพ่อแม่สามีร่วมกันรับผิดชอบ สถานที่สัมภาษณ์คือบ้านแม่ของแม่วัยรุ่น (พ่อแม่ของแม่วัยรุ่นแยกหากัน แม่เป็นหม้ายและไม่ทราบเรื่องราวของพ่อ) แม่วัยรุ่นรูปร่างสมส่วน ใบหน้ายิ้มแย้ม ตอบคำถามทุกเรื่อง มีการพูดคุยเล่าเรื่อง แต่ไม่ซักถามกลับ บุคคลในครอบครัวที่ให้สัมภาษณ์คือแม่ของแม่วัยรุ่น สภาพบ้านที่พักอาศัยทั้งภายในและภายนอกสะอาด เป็นระเบียบ

แม่วัยรุ่นรายที่ 17 ออกจากโรงเรียนและตั้งครรภ์ขณะเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 หลังตั้งครรภ์สามีมาอยู่ด้วยที่บ้านพ่อแม่ของแม่วัยรุ่น มีเพศสัมพันธ์แบบยินยอม มีพิธีสมรส หลังตั้งครรภ์ แต่ไม่ตั้งใจมีลูก แยกทางกับสามีเนื่องจากสามีชอบเที่ยวและไม่รับผิดชอบ แม่วัยรุ่นไม่ได้ประกอบอาชีพ อยู่บ้านเลี้ยงลูกและทำงานบ้าน คลอดลูกเมื่ออายุ 15 ปี คลอดเองตามธรรมชาติ คลอดง่าย เพราะคลอดก่อนกำหนด หลังคลอดแม่สุขภาพแข็งแรง ทารกเพศหญิง แรกคลอดสุขภาพแข็งแรง น้ำหนักแรกคลอด 2,900 กรัม ปัจจุบันอายุ 11 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว 2 เดือน ลูกสุขภาพดี เจริญเติบโตสมวัย เนื้อตัวสะอาด เลี้ยงง่าย ไม่อ้วน สามีแม่วัยรุ่นอายุ 20 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ปัจจุบันแม่วัยรุ่นพักอยู่กับครอบครัวพ่อแม่ตนเอง ครอบครัวพ่อแม่มีรายได้เดือนละ 30,000 บาท ค่าใช้จ่ายในครอบครัวพ่อแม่ตนเองรับผิดชอบทั้งหมด สถานที่สัมภาษณ์คือบ้านพ่อแม่ตนเอง แม่วัยรุ่นรูปร่างสมส่วน พุดจาฉลาดาน แต่สีหน้าไม่ยิ้มแย้ม บางครั้งมีน้ำตาคลอในช่วงแรกตอบคำถามสั้น ๆ ไม่ค่อยตอบในส่วนที่เป็นความคิดเห็น ช่วงหลังการสัมภาษณ์ตอบคำถามด้วยประโยคยาว ๆ เล่าเรื่องต่าง ๆ ให้ทราบ บุคคลในครอบครัวที่ให้สัมภาษณ์คือแม่ตนเอง สภาพบ้านที่พักอาศัยทั้งภายในและภายนอกไม่ค่อยสะอาด ไม่เป็นระเบียบ

เมื่อนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกแม่วัยรุ่นมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สรุปเป็นประเด็นต่าง ๆ และนำเสนอในรูปแบบตารางดังนี้

ตารางที่ 4 ร้อยละของแม่วัยรุ่น จำแนกตามระดับการศึกษาขณะตั้งครรภ์ อาชีพก่อนเป็นแม่วัยรุ่น การมีเพศสัมพันธ์ ความตั้งใจในการมีลูก พิธีสมรส สถานภาพ อาชีพ รายได้ อายุเมื่อคลอดลูก สุขภาพขณะคลอดและวิธีการคลอด สุขภาพทารกแรกคลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อายุสามี การศึกษาของสามี อาชีพของสามี รายได้ของสามี สถานที่พักอาศัยแม่วัยรุ่น รายได้ของครอบครัวที่แม่วัยรุ่นพักอาศัยอยู่ด้วย ($n = 17$)

ข้อมูลการศึกษา	ผลการศึกษา
ระดับการศึกษาขณะตั้งครรภ์	กำลังเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย/ ปวช. ในอัตราที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 35.29 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 23.52
อาชีพก่อนเป็นแม่	เป็นนักเรียนร้อยละ 58.82 ไม่ได้ประกอบอาชีพแต่ออกจากโรงเรียนกลางคันก่อนตั้งครรภ์ร้อยละ 23.53 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 17.65
การมีเพศสัมพันธ์	มีเพศสัมพันธ์แบบยินยอมร้อยละ 100
ความตั้งใจในการมีลูก	ไม่ตั้งใจมีลูกร้อยละ 88.24
พิธีสมรส	ไม่มีพิธีสมรสร้อยละ 47.06 มีพิธีสมรสหลังตั้งครรภ์ ร้อยละ 29.41 และมีพิธีสมรสก่อนตั้งครรภ์ร้อยละ 23.53
สถานภาพ	ยังอยู่กินกับสามีคนที่ เป็นพ่อของลูก ร้อยละ 70.59
อาชีพของแม่วัยรุ่น	อยู่บ้านเลี้ยงลูก ร้อยละ 64.71 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 29.41
รายได้ของแม่วัยรุ่นต่อเดือน	ไม่มีรายได้ ร้อยละ 70.59 มีรายได้แต่ต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำ
จากการประกอบอาชีพ	ร้อยละ 40
อายุขณะคลอด	อายุน้อยที่สุด 14 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยแรกกรุ่น (10-14ปี) ร้อยละ 11.77 อยู่ในช่วงวัยรุ่นที่แท้จริง (15-19 ปี) ร้อยละ 88.23
สุขภาพขณะคลอดและวิธีการคลอด	ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและคลอดเองตามธรรมชาติ ร้อยละ 41.18 ภาวะแทรกซ้อนแต่คลอดเอง ร้อยละ 23.53 มีภาวะแทรกซ้อนและผ่าคลอด/ ใช้เครื่องมือช่วยคลอด ร้อยละ 23.53 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนแต่ผ่าคลอด ร้อยละ 11.77
สุขภาพทารกแรกคลอด	แข็งแรง ร้อยละ 83.33 (คลอดลูกแฝด 2 คน จำนวน 1 คน) เจ็บป่วยรุนแรง ร้อยละ 11.11

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลที่ศึกษา	ผลการศึกษา
น้ำหนักทารกแรกคลอด	น้ำหนักต่ำสุด 2,400 กรัม (ต่ำกว่าเกณฑ์) ร้อยละ 11.11 อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 88.89
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	ไม่ได้กินนมแม่ตามเกณฑ์ร้อยละ 92.86 และร้อยละ 17.67 อายุยังไม่ถึง 6 เดือน
อายุสามปี	อยู่ในช่วงวัยรุ่น 52.94 เป็นวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 47.06 (อายุมากกว่า 20 ปี)
การศึกษาของสามปี	จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 47.06 ไม่จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 41.17
อาชีพของสามปี	ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 52.94 เกษตรกรรมร้อยละ 17.65 ไม่ทราบร้อยละ 17.65 และเรียนหนังสือร้อยละ 11.77
รายได้ต่อเดือนของสามปี	ไม่ทราบจำนวนรายได้ร้อยละ 29.41 (แยกทางกัน) ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 11.77 รายได้ต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำ ร้อยละ 29.41
สถานที่พักอาศัยแม่วัยรุ่น	ครอบครัวตนเองร้อยละ 76.47 โดยสามปีร่วมพักอาศัย ร้อยละ 47.06 และพักอยู่กับครอบครัวสามปีร้อยละ 23.53
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว ที่แม่วัยรุ่นพักอาศัยอยู่	รายได้สูงกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำของ จปฐ. คือ มากกว่า 35,000 บาท ต่อครอบครัวต่อปีร้อยละ 88.24 ไม่มีรายได้ร้อยละ 11.77

ผลกระทบของการเป็นแม่วัยรุ่น

การเป็นแม่วัยรุ่นส่งผลกระทบต่อตัวแม่วัยรุ่น ลูก และบุคคลรอบข้าง ซึ่งแบ่งออกเป็น
ด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) ด้านจิตใจ 2) ด้านร่างกาย 3) ด้านเศรษฐกิจและสังคม

1. ด้านจิตใจ

1.1. ความเครียดของแม่วัยรุ่น

แม่วัยรุ่นแต่ละคนจะมีระดับความเครียดและระยะเวลาของการเกิดความเครียด
ที่แตกต่างกันไม่มาก เพื่อให้การประเมินความเครียดของแม่วัยรุ่นถูกต้องตามหลักวิชาการและ
เป็นการคัดกรองเพื่อการดูแลที่เหมาะสม ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

ของกรมสุขภาพจิต (ภาคผนวก) เป็นเกณฑ์ในการประเมิน โดยสอบถามข้อมูลย้อนหลัง 2 เดือน ประกอบกับการสัมภาษณ์และสังเกต ซึ่งในส่วนของความเครียดได้แบ่งออกเป็นประเด็นย่อยดังนี้

1.1.1 ระดับความเครียด ในขณะที่สัมภาษณ์ พบว่า บางคนมีระดับความเครียด อยู่ต่ำกว่าเกณฑ์ (ภาคผนวก) แต่แม่วัยรุ่นส่วนมากมีความเครียดอยู่ในระดับปกติ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ ที่ยังไม่ต้องให้คำปรึกษาหรือต้องรับการรักษา ในขณะที่หลายคนเล่าถึงประสบการณ์ความเครียด ที่ผ่านมาดังนี้

“เครียดตอนรู้ว่าท้อง แต่พ่อแม่รู้แม่ก็ไม่ว่าอะไร บอกว่าไม่ต้องทำแท้ง ให้แฟนหนู มาขอมาแต่ง แม่บอกว่าไม่ต้องไปแคร์เพื่อนบ้าน ไม่มีใครมาเลี้ยงเรา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“เครียดตอนท้อง เพราะความคิดของหนูกับแม่แฟนและแม่เลี้ยงไม่ตรงกัน หนูปวดหัวมาก ต้องกินยาแก้ปวดหัว ยานอนหลับ... ตอนนี้เฉย ๆ ไม่เครียดเลย เพราะว่าย่าหนู ช่วยหนูดูแลลูกหนูตลอด ถึงแก่จะด่าหนูบ้างแต่ใจดี เดี่ยวแกก็มาแกล้งหนู... ลูกหนูกินนมหนู ได้แค่เดือนเดียว น้ามนมไม่ไหล คุณจนหัวนมแตก นมเป็นเลือดไปหาหมอให้ยาเร่งน้ามนมมากินก็ไม่ มีน้ามนม ก็เลยให้กินนมผงที่เป็นนมวัว แต่ลูกหนูกินไม่ได้ หมอบอกว่าแพ้นมวัว ต้องกินนมผง ที่ทำจากถั่วเหลือง ขนาด 400 กรัม ราคา 400 กว่าบาท กินได้ไม่ถึงอาทิตย์ แต่หนูไม่เดือดร้อน เพราะพ่อหนูเค้าคอยดูแลและซื้อให้ตลอด รวมทั้งแพมเพิสด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

1.1.2 สาเหตุของการเกิดความเครียด ความเครียดของแม่วัยรุ่นเกิดจากสาเหตุ หลายประการ ทั้งจากตัวเอง ลูกที่เกิดมา บุคคลรอบข้าง ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว แม่วัยรุ่น หลายคนมีความเห็นตรงกันว่า สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุดคือ “การร้องไห้ของลูก” โดยไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใด ในขณะที่ตนเองไม่สามารถปลอบโยนให้ลูกหยุดร้องไห้ ดังตัวอย่าง จากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“ลูกหนูความจริงก็เลี้ยงไม่ยาก ตอนคลอดใหม่ ๆ เดือนแรกไม่กวนเลย พอสองสามเดือนไม่รู้เป็นอะไร ตอนเย็น ๆ ก่อนนอน ร้องกวน ต้องอุ้มเดินนาน ๆ กว่าจะนอนหลับ บางวันร้องมาก ๆ หนูก็หงุดหงิด แกล้งตีบ่อย ๆ ถามว่าจะร้องทำไมหนักเล่า” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

“...ช่วงนี้หนูไม่เครียดแล้วค่ะ ช่วงที่หนูเครียดที่สุดคือหลังคลอดใหม่ ๆ ลูกหนู เป็นเด็กกวนค่ะ ร้องไห้บ่อย ร้องนาน ๆ ให้กินนมก็ไม่เงียบ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, สัมภาษณ์, 19 ตุลาคม 2557)

แม่วัยรุ่นที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เพราะต้องเลี้ยงลูกด้วยตนเอง ต้องพึ่งรายได้จากสามีเพียงคนเดียว ซึ่งเป็นจำนวนเงินที่เกือบไม่พอใช้จ่าย เมื่อสามีต้องไปทำงาน ซึ่งคาดว่ารายได้ลดลง ในขณะที่รายจ่ายในการเลี้ยงลูกกลับเพิ่มมากขึ้น ทำให้แม่วัยรุ่นรู้สึกเครียดได้ ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“วันนี้ไม่ค่อยเครียดค่ะ หอมคุยสนุก ได้คุยกับหอมเหมือนได้ระบายออกไปบ้าง บางวันอยู่บ้านคนเดียว เห็นลูกสองคน มาคิดว่าถ้าแฟนโดนทหารปีหน้าแล้วหนูจะอย่างไร เงินทองหนูก็ไม่มีปัญหาหา เขาหาคนเดียว อยู่กับพ่อแฟน ไม่เสียแค่บ้านอย่างเดียว นอกนั้น ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่ากับข้าว แฟนหนูช่วยออกมามาก... อยากมีลูกค่ะ ตอนท้องดีใจ คิดว่ามีปัญหาเลี้ยงลูก ไม่คิดว่าจะได้ลูกแฝดเพราะไม่รู้ว่าจะทางแฟนเขามีเชื้อแฝด หมอที่ฝากท้องถามเรื่องแฝด หนูยังบอกว่า ไม่มี ยังเป็นทุกข์เรื่องนมน้องว่า ถ้านมหนูไม่พอกิน จะทำอย่างไรดี” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

1.1.3 การตอบสนองต่อความเครียด แม่วัยรุ่นแต่ละคนมีการตอบสนอง ต่อความเครียดทางด้านร่างกายและด้านจิตใจแตกต่างกัน เช่น ด้านร่างกาย ทำให้ระบบการทำงาน เกิดความผิดปกติ เบื่ออาหาร อยากอาหารเพิ่มขึ้น กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...ก่อนหนูไม่ได้ตัวเล็กขนาดนี้ ไม่รู้ว่าเป็นอะไรหลังคลอดน้อง หนูเบื่ออาหาร เห็นอะไรก็ไม่อยากกิน บางครั้งอยากอาเจียน ไปหาหมอดูตรวจก็ว่าไม่เป็นอะไร ให้นมมากินก็ไม่ดีขึ้น น้ำหนักหนูหายไปครึ่งหลายกิโล ตอนนี้อายุยังชิวเพราะน้ำหนักคงที่แล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“ตั้งแต่หนูคลอดน้องมา หนูท้องผูกมาตลอด ทั้งที่พยายามกินผักผลไม้ตามที่เขา แนะนำ... เมื่อก่อนหนูถ่ายทุกวัน พอคลอดน้องแล้ว สี่ห้าวันถึงจะถ่าย อึดอัดแน่นท้องมาก ต้องกิน ยาระบาย...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“ตอนคลอดใหม่ ๆ ให้ลูกกินนม นอนไม่ค่อยหลับ กังวลมากค่ะ กลัวจะนอนทับ ลูกตาย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

ความเครียดส่งผลต่อสภาพจิตใจ ทำให้บุคคลมีบุคลิกภาพหรืออารมณ์เปลี่ยนแปลง มีการแสดงอารมณ์และพฤติกรรมไม่เหมาะสม ความอดทนน้อยลง วัตถุประสงค์การตอบสนองต่อสิ่งเร้า ดังที่แม่วัยรุ่นหลายคนกำลังเผชิญอยู่ ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“ปกติหนูว่าหนูเป็นคนใจเย็นอยู่นะ แต่พอมีน้องหนูหงุดหงิดง่าย ยิ่งแฟนหนู มันชอบเที่ยว กลับมาก็ไม่ช่วยเลี้ยงลูก หนูก็เลยอารมณ์เสียทะเลาะกับแฟนบ่อย บางทีหนูก็ไม่มัน ออกจากบ้าน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 17, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

1.1.4 การเผชิญความเครียด เมื่อแม่วัยรุ่นประสบกับความเครียดก็ต้องหารูปแบบหรือวิธีลดความเครียดและจัดการกับปัญหา แม่บางคนเลือกที่จะหลีกเลี่ยงปัญหาเพื่อลดความเครียด ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“อู่มก็ไม่วี๊ยบ หนูรู้สึกว้าโมโหลูก หงุดหงิดกับทุกคน เลยพาลค่าแฟนไปด้วย แล้วก็ขี้ออกไปจากบ้าน ใครดูก็ดูไป หนูไม่ไหวแล้ว พักใหญ่ ๆ ค่อยกลับมาดูใหม่” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, สัมภาษณ์, 19 ตุลาคม 2557)

ในขณะที่บางคนเลือกที่จะขจัดสาเหตุของปัญหาแทน เพราะคิดว่าการจัดการที่สาเหตุของปัญหาเป็นการแก้ไขปัญหาที่ดีที่สุด ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“... แฟนหนูมันเคยติดคุกสองปีเรื่องพกปีนตอนหนูท้อง... มาเครียดที่สุดก็น่าจะเป็นตอนที่สงสัยว่าแฟนหนูมันเล่นยา ถามมันมันก็ไม่บอก เพราะปกตินมันจะช่วยหนูเลี้ยงลูกตอนกลางคืน ช่วงนั้นพอมันกลับมาจากทำงาน มันเล่นเกมจนถึงตีสองตีสาม เข้ามาที่ง่วงหงาวหาวนอน ทำงานไม่ไหว ไปบอกพ่อแม่มันเค้าก็ไม่สนใจ หนูกลัวจะเดือดร้อนก็เลยให้มันกลับไปอยู่กะแม่มัน จะได้ไม่ต้องทะเลาะกันบ่อย ๆ แล้วมันก็ไม่กลับมาอีก ก็เลยเลิกกันไป ตอนนี้นมันไม่มาหลายเดือนแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ความเครียดของแม่วัยรุ่นมีระดับความเครียดและสาเหตุสำคัญที่คล้ายคลึงกัน คือ การรู้ว่าตั้งครรภ์ เนื่องจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม แต่เมื่อผ่านระยะดังกล่าว เมื่อความจริงเปิดเผย ความกดดันลดลง ในระยะหลังคลอดพบว่า ระดับความเครียดของแม่วัยรุ่นทุกคนจึงอยู่ในระดับปกติ ในขณะที่เล็งดูลูก สาเหตุสำคัญที่ทำให้แม่วัยรุ่นหลายคนเครียดมากคือการร้องไห้ของลูก นอกจากนั้นก็มีสาเหตุมาจากปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัว การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับบทบาทของการเป็นพ่อ การเป็นสามีที่ดี การตอบสนองและการเผชิญความเครียดของแม่วัยรุ่นมีรูปแบบที่แตกต่างกันตามภูมิหลังและสิ่งแวดล้อมของแต่ละคน

1.2 ภาวะซึมเศร้าของแม่วัยรุ่น

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดก็เป็นปัญหาสุขภาพจิตปัญหาหนึ่งที่มีสำคัญกับหญิงหลังคลอดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตประกอบการสัมภาษณ์และสังเกต ผลการประเมินพบว่า แม่วัยรุ่น จำนวน 3 คน มีผลประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q (ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 2 ข้อ ซึ่งใช้คัดกรองในบุคคลทั่วไป โดยคนที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ต้องได้ผลเป็นลบทั้ง 2 ข้อ) เป็นบวก 1 ข้อ จำนวน 2 คน และบวกทั้ง 2 ข้อ จำนวน 1 คน แต่เมื่อให้ประเมินต่อโดยแบบประเมิน 9Q (ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ ซึ่งใช้ประเมินเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในคนที่ประเมิน 2Q และได้ผลบวกข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ) ไม่พบว่ามีแม่วัยรุ่นคนใดที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งต้องได้รับการรักษา

แต่เป็นผู้ที่ต้องได้รับคำแนะนำและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยแม่วัยรุ่นที่ผลการประเมิน 2Q ข้อที่ 1 เป็นบวก (ข้อที่ 1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก: หดหู่ เศร้า ท้อแท้หรือสิ้นหวังหรือไม่ (ภาคผนวก)) ได้อธิบายความรู้สึกว่า

“...คิดแล้วก็ท้อใจ เศร้าใจจะ เกิดมาไม่มีพ่อแม่รู้สึกของตัวเองอากั๊พ อยู่กับตายาย ต้องหัดทำทุกอย่างตั้งแต่เด็ก อยากรเรียนหนังสือก็ไม่มีโอกาส ได้เรียนแค่ ม.3 พอเรียนจบก็ต้องออกมาช่วยเขาขายของ มีแฟนก็อยากจะมีลูก ไม่ได้คิดอะไรมาก พอมาวันนี้มีลูกแฝด แฟนก็ครบเกณฑ์ทหาร ถ้าไปจริงรายได้แฟนก็ต้องหายไปด้วย ต้องเลี้ยงดวงค่ะ ไม่สมัคร ถ้าจับไม่ได้ก็โชคดีไป... คิดไม่ออกว่าถ้ามันหนูไม่พอให้ลูกกินแล้วหนูจะอย่างไร เดียวนี้นมผงก็แพงมาก” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

ในขณะที่แม่วัยรุ่นอีกคนที่ผลการประเมิน 2Q ในข้อที่ 2 เป็นบวก (ข้อที่ 2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก: เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่) เพราะต้องทำงานและปลีกเวลามาดูแลลูกและยายที่มีโรคประจำตัว ซึ่งมาช่วยเหลือยุงดูลูกของตนเอง เช่น การพาออกไปฉีดวัคซีน พาออกไปพบแพทย์ โดยที่สามีไม่สามารถช่วยเหลือได้เนื่องจากที่ทำงานอยู่ไกลและหัวหน้างานเข้มงวด ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า โดยเฉพาะในช่วงที่โรคประจำตัวยายอาการกำเริบ ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“หนูรู้สึกว่าเหนื่อยมากค่ะ ต้องไปแต่เช้าประมาณ 7 โมง หนูอยู่แผนกบัญชี กลับทีหลังสุด ต้องเคลียร์เงินให้เสร็จ คนอื่นเค้าเลิก 2 ทุ่ม หนูเลิก 4-5 ทุ่ม โอทีก็ไม่ได้เพราะไม่ใช่บริษัท บางทีเจ้าของเค้าก็พิเศษให้แต่ไม่มากแล้วก็ไม่แน่นอน...วันนั้นยายไม่สบายโทรไป หนูต้องกลับมาดูยาย พาไปหาหมอ ดินแต่เจ้าของบริษัทเขาให้ยืมรถยนต์ที่ทำงานขับกลับมาบ้านจึงพาออกไปโรงพยาบาลได้ ไม่อย่างนั้นก็ไม่รู้จะไปอย่างไร... ที่อนามัยเขาให้พาไปตรวจที่โรงพยาบาล... หนูยังไม่ได้พาไปเลยเพราะหนูหยุดวันอาทิตย์ โรงพยาบาลก็ไม่ตรวจ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

แม่วัยรุ่นที่กำลังตั้งครรภ์บุตรคนที่ 2 และแยกทางกับสามี ทำให้เกิดอาการของภาวะซึมเศร้า เกิดความรู้สึกด้านลบกับลูก รู้สึกว่าการทำงานบ้านและการเลี้ยงดูลูกเป็นสิ่งที่ยากลำบาก สามีไม่รักและไม่สนใจตนเอง ถูกพ่อแม่ตำหนิเนื่องจากทะเลาะเลี้ยงดูลูก พ่อแม่สามีก็ไม่ยอมรับ ในขณะที่บุคลิกภาพของตนเองเป็นคนเฉย ๆ ไม่พูดคุยกับใคร ไม่สามารถปรึกษาเรื่องต่าง ๆ กับคนในครอบครัวได้ แม้ผลการประเมิน 2Q เป็นบวกทั้ง 2 ข้อ แต่เมื่อให้ประเมิน 9Q ต่อ ก็ไม่พบความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย เมื่อถามความรู้สึกที่เกิดขึ้น ก็อธิบายได้ไม่มาก โดยอธิบายว่า

“มันรู้สึกอย่างที่ตอบไปในกระดานนั้นแหละ มันเบื่อ ๆ ไม่อยากทำอะไร ไม่รู้จะทำไปทำไม รู้สึกว่าตัวเองไม่ดี สามีก็ไม่รัก ไม่ยอมอยู่ด้วย พ่อแม่ก็ไม่เข้าใจทำให้พ่อแม่โกรธ

ต้องคำว่าหนูบ่อย... ขอบนอนแต่นอนไม่ค่อยหลับ ชี้แจงลูกขึ้น ไม่อยากทำอะไร...” (ผู้ให้ข้อมูล รายที่ 15, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

ภาวะซึมเศร้าของแม่วัยรุ่น 2 คน ที่ผลการประเมิน 2Q ให้ผลบวก 1 ข้อ อาการแสดงออก ไม่ชัดเจน เป็นเพียงความรู้สึกของตนเอง คนรอบข้างไม่สามารถสังเกตได้ จึงไม่มีปฏิกิริยา จากคนรอบข้าง ซึ่งแตกต่างจากแม่วัยรุ่นคนที่ผลการประเมิน 2Q ให้ผลบวกทั้ง 2 ข้อ ซึ่งแม่รู้สึก ว่า ลูกตนเองไม่สนใจลูก ไม่ค่อยพูดคุย และบุคคลในครอบครัวขาดความรู้ในเรื่องภาวะซึมเศร้า ประกอบกับพฤติกรรมบางอย่างของแม่วัยรุ่นที่แสดงออกทำให้บุคคลในครอบครัว โกรธและตำหนิ แม่วัยรุ่น ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“ไม่อยากให้มีเลย... แต่งงานก็ไม่ได้แต่ง พ่อแม่เขาไม่รับ เขามีลูกมีเมียอยู่แล้ว... มันไม่รักลูกมัน ไม่ดูแล วัน ๆ เอาแต่นอน ถ้ามันรักลูกมันจะปล่อยให้ห้องอีกหรือ ให้ไปฝึกวิชาคุณ ก็ไม่ไป แต่แค้นที่มันเหมือนไปฝึก ผลสุดท้ายก็ห้อง... ถามอะไรก็ไม่ตอบไม่พูด ที่กับเพื่อน เห็นพูดมาก... ไอ้ที่บอกที่สอนไม่รู้เข้าหูบ้างหรือเปล่าเพราะมันทำเฉย คือตาใส...” (แม่ของผู้ให้ข้อมูล รายที่ 15, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

แม่วัยรุ่นบางคนแม้จะประเมินภาวะซึมเศร้าแล้วพบว่าปกติ แต่มีประวัติและข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่น่าสนใจ ซึ่งเป็นอาการที่สำคัญของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างหนึ่ง

“พอหลังมีน้อง หนูเบื่อการมีอะไรกับแฟน หนูไม่อยากมีอะไรกับมัน แต่มันชอบมา บังคับหนู ทำให้ทะเลาะกันบ่อย... มันก็เลยอ้างว่า เพราะหนูไม่ยอมมีอะไรกับมัน มันก็เลยไป...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าของแม่วัยรุ่นทั้ง 17 คน พบว่า มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย จำนวน 3 คน แต่เมื่อประเมินต่อตามรูปแบบการประเมิน ไม่พบว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แต่ต้องได้รับคำแนะนำและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณารายบุคคล พบว่า แต่ละคนมีปัญหา ที่แตกต่างกัน โดยเกิดในแม่วัยรุ่นที่มีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัวและสถานที่ทำงาน การมีลูกแฝดซึ่งคาดการณ์ว่าจะต้องมีปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมา การตั้งครุฑฯ ในขณะที่ยกห่าง กับสามี ส่วนคนอื่น ๆ ไม่พบว่าเป็นผลบวกในแบบประเมิน 2Q แม้จะดูว่ามีภาวะซึมเศร้าอยู่บ้าง

1.3 การเห็นคุณค่าในตนเองของแม่วัยรุ่น

แม่วัยรุ่นหลายคนรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อย เนื่องจากประสบปัญหาหลายประการ เช่น การไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ค่าใช้จ่ายทั้งหมดต้องขอจากพ่อแม่ สามีมีรายได้ไม่แน่นอน และการที่ออกจากโรงเรียนกลางคันทั้งที่เป็นคนที่เรียนหนังสือเก่ง รวมทั้งบุคลิกภาพส่วนตัว ที่เป็นคนเฉย ๆ ไม่ปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับคนในครอบครัว และไม่มีเพื่อนสนิทที่สามารถให้คำปรึกษาได้ ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“ตอนนี้แม่หนูจะเลี้ยงลูกเอง แต่ค่าใช้จ่ายทั้งหมดพ่อแม่หนูออกให้หมด ถ้าไม่ได้พ่อแม่ หนูคงแย่เพราะไม่รู้จะเอาเงินที่ไหนใช้ แฟนก็เพิ่งทำงาน... อย่างที่แม่หนูว่า อะไรก็แม่... หนูรู้สึกว่ หนูไม่มีภูมิใจในตัวเอง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“หนูก็ไม่รู้จะทำอะไร ลูก ขายเขาก็เลี้ยงให้ ของก็ขายไม่ดี ขาย ๆ หยุต ๆ จะกลับไปเรียนก็กำลังท้อง... ก็เลยนั่ง ๆ นอน ๆ ๆ อยู่บ้าน ไปวัน ๆ คิด ๆ ดู ก็เหมือนคนไม่มีประโยชน์... ถ้าย้อนเวลากลับไปได้หนูคงตั้งใจเรียนกว่านี้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

“วัน ๆ อยู่แต่บ้านเลี้ยงลูก ทำงานบ้าน รถก็ไม่มี เขาเอาไปใช้ทำงานหมด ไม่ค่อยได้ไปไหน ก็เบื่อเหมือนกัน อยากไปไหนก็ไม่ได้ไป... บางทีรู้สึกเหมือนอยู่คนเดียว... ลูกก็ชนแล้วก็อแงอย่างที่หมอเห็น... รู้สึกว่าตัวเองอ้วนมาก ไม่ชอบหุ่นแบบนี้เลย อยากลดแต่ลดไม่ลง... อยู่บ้านว่าง ๆ มีอะไรก็กินไปเรื่อย... เรื่องความภาคภูมิใจแทบจะไม่ต้องพูดถึง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

“หนูว่าหนูก็พยายามทำให้ดีที่สุดแต่มันก็ไม่ใช่ว่าชีวิตหนูมันมีปัญหาแต่แรก เป็นลูกกำพร้าลำบากตั้งแต่เล็ก... อยากเรียนก็ไม่ได้เรียน... ยังมาเป็นแผลเป็นที่คอที่แขนอีก ยังดีที่ตาไม่บอดเหมือนพ่อ... มีแฟนอยากมีลูก ก็ดันมามีลูกแฝด ทำงานอะไรก็ไม่ได้ แล้วนี่แฟนก็รบกวนสุขภาพ ถ้าเขาโดนทหารจริงหนูก็ไม่รู้จะทำอย่างไร เกิดเป็นหนูหม่อว่าอากั๊พใหม่คะ คิดอะไร มันไม่ค่อยเป็นอย่างที่คิด... มันคงไม่ถึงกับล้มเหลวแต่ก็เกือบไป...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

“มันเบื่อ ไม่อยากทำอะไร แม่ก็ชอบบ่น แฟนก็ไม่ค่อยมา พอมาก็โดนแม่บ่น... พอลูกร้องหนูก็ยิ่งอารมณ์เสีย... คิดอยู่ว่าทำไมครอบครัวหนูไม่ดีเหมือนครอบครัวคนอื่น... ก็เสียดายเรื่องที่เรียนไม่จบ เพราะถ้าจบ ม.3 ก็คงจะดีกว่านี้... ดู ๆ แล้วก็เหมือนกับว่าตนเองไม่ค่อยมีประโยชน์ ไม่มีค่า อยู่เฉย ๆ ไปวัน ๆ ยังคิดไม่ออกว่าจะทำอะไรต่อไป” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“หนูคิดว่าหนูยังไม่เป็นแม่ที่ดี เพราะหนูยังหาเลี้ยงลูกไม่ได้ อยากทำงานหาเลี้ยงลูกเอง... ทุกอย่างอยู่ที่พ่อแม่หมด... หนูรู้สึกว่ไม่มีความภูมิใจในตนเอง... แต่ไม่ถึงกับไม่มีค่า เพราะหนูต้องเลี้ยงลูกให้ดีกว่าหนูให้ได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 17, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

แม่วัยรุ่นบางคนแม้จะต้องออกจากโรงเรียนกลางคันเนื่องจากการเป็นแม่ในวัยเรียน แต่ก็ได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านจิตใจ สิ่งของ การช่วยเหลือจากครอบครัวตนเองและสามี เป็นอย่างดี ส่งผลให้แม่วัยรุ่นเหล่านั้นรู้สึกว่ตนเองมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเอง ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“หลังคลอดถึงหนูจะอยู่กับย่า แต่พ่อแม่หนูก็ส่งเสียให้ไม่เคยขาด แม่หนูมาช่วยดูแลหลานทุกอาทิตย์ที่แกหยุดขายของ พ่อหนูก็ซื้อนมให้ไม่เคยขาด ย่าก็ช่วยหนูเลี้ยง... ย่าบอกว่าใครจะว่าอย่างไรก็ช่างเขาเพราะเรากินข้าวเรา ไม่ต้องสนใจชาวบ้าน... หนูว่าเป็นหนูก็ดีกว่าคนอื่นอีกเยอะ... หนูคิดของหนูอย่างนี้แหละ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

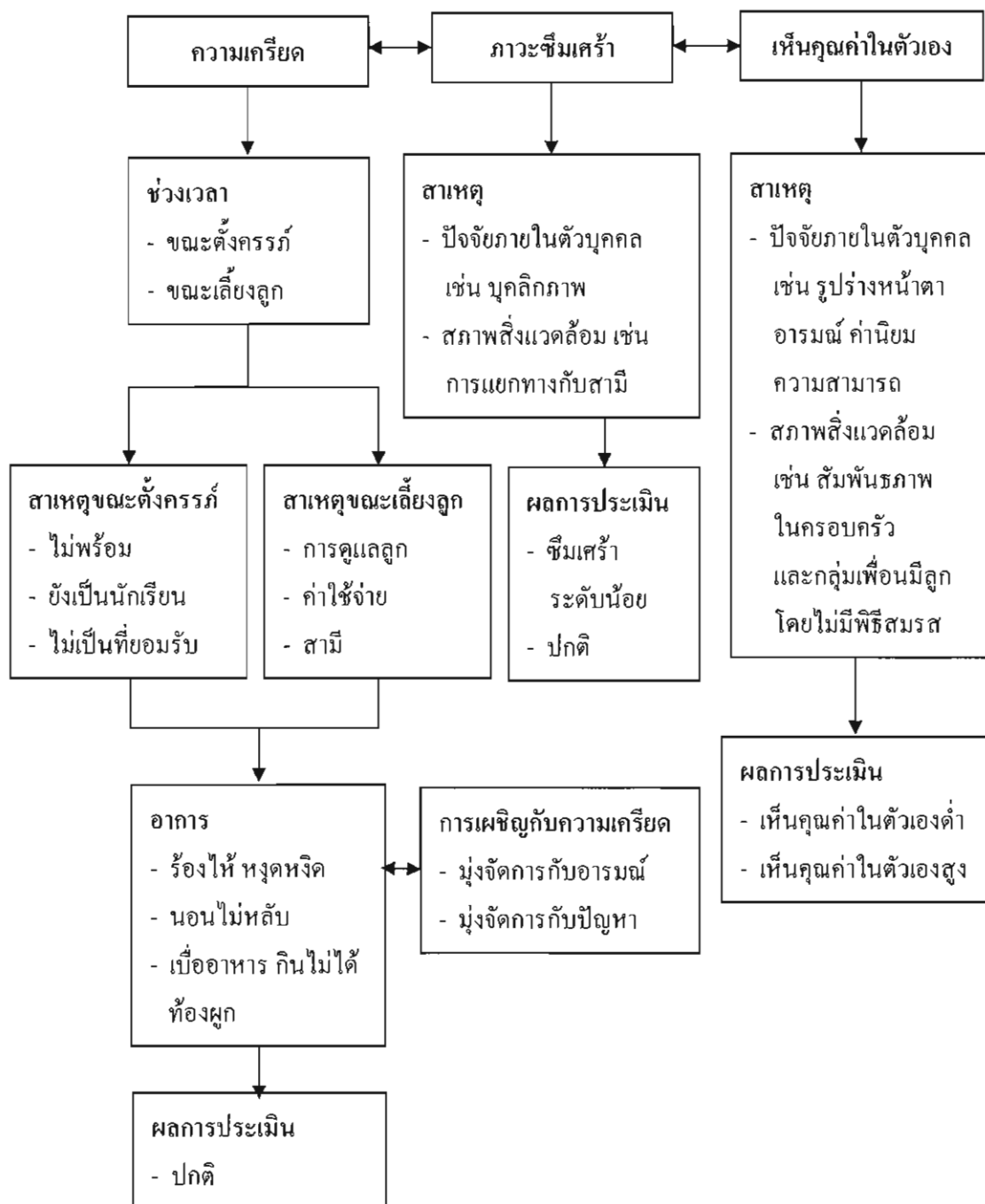
“ที่แรกก็เสียใจแล้วก็เสียตาย... แต่พอมาดูเพื่อนในกลุ่มหลายคนก็เป็นเหมือนหนูก็เลยพอทำได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“ถึงพ่อแม่หนูจะไม่ด้วยอยู่ด้วยกัน แต่พ่อหนู อาหนู อาสะใภ้ ย่า แล้วก็ยังมีลูกป้าช่วยหนูเลี้ยงลูก โดยเฉพาะอาหนูช่วยทุกอย่าง พาไปหางานทำ ช่วยค่านมหลาน... ก็เขาไม่มีลูกทั้ง ๆ ที่แต่งงานมาหลายปี... แฟนหนูมันทำตัวแบบนี้หนูว่าไม่อยู่ด้วยกันดีกว่า เดี่ยวมันเอาเรื่องเดือดร้อนมาให้เหมือนตอนถูกจับปีน... หนูว่าอยู่อย่างนี้มีความสุขดีเพราะใคร ๆ ก็รักลูกหนู... ยังไม่ค่อยพอใจรูปร่างตัวเอง อยากจะลดลงอีกซัก 5 โล... แต่หนูก็ไม่ได้ซีเรียสมาก” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“...เรื่องเรียนไม่จบก็คงเสียใจ เพราะหนูเป็นลูกคนเดียว พ่อแม่เขาก็หวัง... พ่อแม่หนูก็ไม่ได้ว่าอะไร เพราะแต่งงานกันแล้ว ตอนท้องแม่หนูก็พาไปฝาก ไปคลอด ออกค่าคลอดให้หมด หนูไม่มีอะไรต้องกังวล แม่แฟนหนูก็มีบ่นบ้างแต่เขารักลูกหนู โดยเฉพาะปู่ตามใจมาก... ตอนนี้ที่รู้สึกว่ายังไม่โอเคก็เรื่องน้ำหนักตัวนี้แหละ อยากจะลดซัก 10 โล หนูจะได้เหมือนเดิม จะได้หางานดี ๆ ทำได้ง่าย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“...เขาไม่ต้องเดือดร้อนอะไร พ่อแม่เขามีลูกสาวคนเดียว รักจะตาย ฐานะทางบ้านเขาก็ดี นมหลานเขาก็ซื้อเอง เงินทองเขาก็ให้ใช้ไม่ขาด แต่เราเสียตาย มีลูก 2 คน ลูกเราเรียนดี ถ้าไม่มีลูกเมีย อนาคตจะดีกว่านี้ แต่เราก็ไม่ได้ว่าอะไรเขา เพราะยังงี้ก็หลานเรา” (แม่สามีของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

แม่วัยรุ่นทั้งหมดมีการรับรู้การเห็นคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกัน เนื่องจากภูมิหลังและปัญหาที่ประสบอยู่ ซึ่งมีความแตกต่างกัน รวมทั้งการสนับสนุนจากทางสังคม โดยผู้ที่รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อย พบในแม่วัยรุ่นที่แยกทางกับสามีในขณะที่กำลังตั้งครรภ์ลูกคนที่ 2 ประกอบกับฐานะการเงินของครอบครัวไม่ดี ตนเองไม่มีรายได้ ทำให้ถูกญาติผู้ใหญ่ในครอบครัวตำหนิบ่อยครั้ง ต่างจากแม่วัยรุ่นที่ยังอยู่กับสามี และแม่วัยรุ่นที่มีบุคคลในครอบครัวตนเองและหรือครอบครัวสามีให้การสนับสนุนทุก ๆ ด้าน



ภาพที่ 5 แผนภูมิแสดงผลกระทบที่เกิดจากการเป็นแม่วัยรุ่นด้านจิตใจ

2. ด้านร่างกาย

2.1 สุขภาพร่างกายของแม่วัยรุ่น

ผลการคลอดในแม่วัยรุ่นทั้ง 17 คน พบว่า แม่วัยรุ่นไม่ถึงครึ่งมีสุขภาพปกติและสามารถคลอดได้เอง (จำนวน 7 คน) อีก 4 คน มีปัญหาสุขภาพแต่คลอดได้เองโดย ครรภ์เป็นพิษ จำนวน 2 คน และคลอดก่อนกำหนดในขณะที่อายุครรภ์ 8 เดือน จำนวน 2 คน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลดังนี้

“ตอนท้องใกล้ครบกำหนด ความดันสูงขึ้น หมอบอกว่าครรภ์เป็นพิษ แต่อาการไม่รุนแรง ตอนคลอด โชคดีที่ความดันขึ้นไม่มาก ท้องครบด้วย คลอดได้เอง อยู่โรงพยาบาลแค่ 3 วัน หลังคลอดหนักก็แข็งแรงดี กินแต่ยาบำรุงอย่างเดียว ไม่ต้องรักษาเหมือนบางคน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“...ไม่แน่ใจว่าท้องกี่เดือน ไปฝากท้อง หมอว่าท้องได้ 7 เดือน หมอนัด แต่ไม่ได้ไปตามหมอนัดทุกครั้ง อีกเดือนก็เจ็บท้อง แพ้นพาไปคลอดที่โรงพยาบาลระยะของ คลอดง่าย อยู่โรงพยาบาล 3 วัน... หนักก็ดี แต่ไม่มีนมให้ลูกกินเพราะนมไม่ไหล ลูกก็เลยไม่ได้กินนมหนู” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“คลอดเอง คลอดง่าย แต่คลอดก่อนกำหนด ท้อง 8 เดือน อยู่โรงพยาบาล 3 วัน ก็กลับบ้านได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 17, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

แม่วัยรุ่น จำนวน 2 คน กลัวการเจ็บครรภ์คลอด มีการแจ้งความจำนงต่อแพทย์ที่รับฝากครรภ์ขอผ่าคลอดเมื่อครรภ์ครบกำหนด และบางคนขณะคลอดทนการเจ็บครรภ์ไม่ได้ ร้องมากขณะเจ็บครรภ์คลอดและไม่ยอมเบ่งคลอด ทำให้ต้องผ่าคลอดและใช้เครื่องสูญญากาศช่วยคลอด ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“คลอดที่โรงพยาบาลบ้านค่าย ตอนคลอดน้อง หนูรู้สึกว่ามันเจ็บท้องมาก หมอบอกว่า ปากมดลูกเปิดแต่น้ำไม่เดิน หนูร้องมากหมดแรงเบ่ง หมอเขาเลยใช้เครื่องดูดออก ตัวหนูเองหลังคลอดแข็งแรงดี อยู่ที่โรงพยาบาลบ้านค่าย 2 วัน... หมอส่งตัวให้ตามลูก ไปอยู่ที่โรงบาลระยะของ 5 วัน...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

“หนูฝากพิเศษกับหมอกlinikที่ทำงานที่โรงพยาบาลระยะของ หนูคลอดที่โรงพยาบาลระยะของ กลัวเจ็บท้อง เพราะหนูท้องโตมาก กลัวคลอดยาก พอเจ็บท้องถี่ ๆ หนูเหนื่อย เลยขอให้หมอผ่าคลอด หลังคลอดก็ดี อยู่โรงพยาบาล 3 วัน ก็ได้กลับบ้าน แผลผ่าตัดก็ดี...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

“หนูฝากพิเศษที่คลินิกหมอ แต่บอกหมอว่าหนูขอผ่าคลอด เพราะกลัวเจ็บท้องมาก พอวันนั้นหมอเค้าก็นัดไปผ่าที่โรงบาลระยอง แม่หนูมาพาไป หลังผ่าอยู่โรงพยาบาล 2 วัน ก็กลับบ้านได้ หนูกับลูกก็แข็งแรงดี ตอนนี้อีกไม่มีปัญหาอะไร” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“... ใช้เครื่องดูดออก ตอนมีลมเบ่งมันเจ็บมาก ร้องตลอด โคนหมอดู บอกให้เบ่ง แต่หนูเบ่งไม่ไหว หดแรง... หนูอยู่โรงพยาบาล 3 วัน ก็ได้กลับบ้าน แผลช่องคลอดก็ติดดี” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

แม่วัยรุ่นหลายคนเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ และส่งผลมาถึงระยะคลอด และหลังคลอด เช่น ภาวะช้ำแห่งครรภ์ ซึ่งทำให้แม่วัยรุ่นคนหนึ่งเกือบเสียชีวิตและแม่อีกหนึ่งคนที่ตั้งครรภ์แฝด รวมทั้งมีภาวะพิษแห่งครรภ์ร่วมด้วย

“... หมอบอกว่าหนูความดันสูง... และการท้องแฝดหมอต้องทำให้คลอดก่อนท้องครบ เพราะแม่จะทนไม่ไหวเพราะท้องจะใหญ่มาก หมอบอกว่า หนูผ่าคลอดจะปลอดภัยที่สุด... หลังผ่า ความดันหนูปกติ ไม่ต้องให้เลือด ให้แต่ยาทางสายน้ำเกลือ... หนูอยู่โรงพยาบาล 4 วัน ก็ได้กลับบ้าน ... แผลผ่าท้องหนูก็ติดดี... ลูกหนูก็แข็งแรงดี ไม่ต้องอบแบบผ่าแฝดคนอื่น คุณนมก็เก่ง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

“... ความดันหนูเริ่มขึ้นตั้งแต่ 7 เดือนกว่า แต่ไม่สูง หมอที่โรงพยาบาลอำเภอเลยส่ง ตัวหนูไปฝากท้องต่อที่โรงพยาบาลในเมือง ช่วงใกล้คลอดหมอให้หนูอยู่โรงพยาบาลตั้งแต่ ยังไม่เจ็บท้อง หนูชักตั้งแต่ยังเจ็บท้องไม่มาก หมอบอกว่าหนูชักและไม่รู้สึกตัวอยู่ 2 วัน เขาเอาหนู ไปผ่าคลอดวันไหนก็ไม่รู้ รู้สึกตัวอีกทีที่ห้อง ไอ.ซี.ยู. โคนใส่ท่อช่วยหายใจด้วย พุดไม่ได้ แม่บอกว่า นอนอยู่ ไอ.ซี.ยู. 3 วัน ให้เลือดไปหลายขวด... นอนโรงพยาบาลอาทิตย์หนึ่งพอดี... หมอยังบอกว่า หนูดวงดีมากที่รอดมาได้... ตอนหนูชักหมอบอกแม่ให้ทำใจ ห้าสิบห้าสิบ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, สัมภาษณ์, 19 ตุลาคม 2557)

แม่วัยรุ่นอีกคนผ่าคลอดเนื่องจากเชิงกรานแคบ แม่มีภาวะซีดในขณะที่เจ็บครรภ์คลอด เนื่องจากการฝากครรภ์ช้า ทำให้ช่วงเบ่งคลอดอ่อนเพลียมาก ไม่มีแรงเบ่งคลอดทั้งที่เด็กในครรภ์ ตัวค่อนข้างเล็ก ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“รู้ว่าท้องตั้งแต่เดือนกว่า แต่หนูฝากท้องตอน 6 เดือน มัวแต่ยุ่งเรื่องขายของ กับเตรียมแต่งงาน... หมอบอกว่าหนูท้องเลยกำหนด น้ำเดินนาน เป็นอันตรายกับเด็ก แม่ก็ไม่มีแรงเบ่ง ตัวหนูก็เล็ก เชิงกรานน่าจะแคบ หมอก็เลยเอาหนูไปผ่า... หนูยังมีปัญหาเรื่องเลือดจาง ตั้งแต่ท้องแล้ว ตอนนี้อีกยังไม่ปกติ หมอให้กินยาบำรุงเลือด...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

ผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของแม่วัยรุ่นนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งเห็นได้ชัด ทำให้แม่วัยรุ่นเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์และต่อเนื่องมาถึงระยะหลังคลอด เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ ชักแห่งครรภ์ และแม่วัยรุ่นหลายคนไม่สามารถอดทนต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอด ไม่สามารถเบ่งคลอดได้เอง ทำให้ต้องผ่าตัดทำคลอดทางหน้าท้องหรือใช้เครื่องมือช่วยคลอด บางคนมีภาวะแทรกซ้อนที่มีอาการรุนแรงถึงกับต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและพักรักษาตัวในห้อง ไอ.ซี.ยู. ทั้งแม่และลูก ในขณะที่บางคนคลอดก่อนกำหนด

2.2 สุขภาพลูกที่เกิดจากแม่วัยรุ่น

แม่วัยรุ่นหลายคนปกปิดการตั้งครรภ์ ทำให้เกิดปัญหาไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ล่าช้า ทำให้ไม่ได้รับการดูแลในระหว่างการตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม ส่งผลเสียแก่ทารก ทำให้ทารกที่คลอดมีสุขภาพไม่ดี ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย พบว่า ลูกที่เกิดจากแม่วัยรุ่น 2 คน เจ็บป่วยรุนแรงตั้งแต่แรกเกิด ต้องรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหลายวัน ต้องให้ยาทางหลอดเลือดดำ ใช้เครื่องช่วยหายใจ และแม้ว่าเด็กจะโตขึ้นแต่สุขภาพก็ยังไม่แข็งแรง ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“คลอดที่โรงพยาบาลบ้านค่าย... ลูกหนูหลังคลอดหายใจเร็วมาก หายใจหอบ หมอว่า น่าจะสำลักน้ำคร่ำ หมอเลยส่งตัวไปโรงพยาบาลระยอง หนูอยู่ที่โรงพยาบาลบ้านค่าย 2 วัน... หมอส่งตัวให้ตามลูกไปอยู่ที่โรงพยาบาลระยอง 5 วัน ลูกหนูอยู่โรงพยาบาลระยองอาทิตย์หนึ่ง... หมอที่นั่นบอกว่าเป็นปอดติดเชื้อ โคนนิตยาเข้าทางสายน้ำเกลือ วันละหลาย ๆ ครั้ง...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

“...ลูกหนูปอดติดเชื้อ หมอบอกว่าน่าจะสำลักน้ำคร่ำ แม่บอกว่าโคนให้ออกซิเจน ให้น้ำเกลือ ให้นมทางสายยาง ดัดเครื่องมือระโยกระยะ พอ ๆ กับหนู... ได้กลับบ้านพร้อม ๆ กัน... ตอนนั้นลูกหนูยังซีโรอยู่เลย ป่วยบ่อย ตัวเล็กกว่าเด็กรุ่นเดียวกัน ทำอะไรก็ช้ากว่าคนอื่น... ตั้ง 6 เดือนแล้ว ยังไม่นั่งเลย... ฟันก็ยังไม่ขึ้น... งอแงเอาเรื่อง...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, สัมภาษณ์, 19 ตุลาคม 2557)

“ลูกหนูตัวเล็กแต่ไม่มาก น้ำหนักแรกเกิด 2 กิโลครึ่งพอดี หนูเองก่อนท้องไม่ได้อ้วนอย่างนี้ ตอนท้องน้ำหนักขึ้นเยอะเพราะหนูชอบกินขนมหวาน ก่อนท้องหนัก 55 กิโล ตอนนี้น้ำหนัก 65 กิโล... น้ำหนักที่ขึ้นอยู่กับแม่หมด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“หมอนัด ไปบ้าง ไม่ไปบ้าง... ไม่ค่อยระวังตัว... ท้องได้ 8 เดือน คลอดก่อนกำหนด โชคดีที่ลูกตัวไม่เล็กแล้วก็แข็งแรงดี ไม่ต้องออบ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 17, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

แม่วัยรุ่นบางคนแทบไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยตนเอง แต่ให้เป็นภาระหน้าที่ของญาติผู้ใหญ่ เช่น ยายตนเอง แม่ตนเอง แม่แต่แม่ที่เลี้ยงลูกเองหลายคนก็ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยน้ำนมตนเอง โดยให้เหตุผลเรื่องปัญหาเจ็บเต้านม ไม่มีน้ำนม ซึ่งมีตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“...แม่หนูช่วยเลี้ยงตลอดตั้งแต่หลังคลอด ตอนให้ลูกกินนมก็ยังอยู่กับหนู พอเปลี่ยนเป็นกระป๋องยายเค้าเอาไปเลี้ยงเอง... หมอเขาว่ากินนมแม่ดี แต่หนูไม่สะดวก ก็เลยให้กินนมกระป๋อง ไป ๆ เขาเลยไม่ยอมกินนมหนู... เอาแต่ใจเพราะตายายเค้าตามใจ แล้วถึงงอแงอย่างที่เห็นนี่แหละ...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“ให้กินนมหนูเดือนหนึ่ง หัวนมแตกเลยเปลี่ยนเป็นนมขวด ก็สะดวกดี เพราะยายช่วยเลี้ยงอยู่แล้ว... ประโยชน์ของนมแม่เหวอ หมอเขาบอกว่าดี แต่หนูจำได้ไม่หมดว่ามีอะไรบ้างทำให้ลูกไม่ป่วยบ่อย แล้วก็... ประหยัด เพราะไม่ต้องซื้อ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

“...มันก็คือเอาเรื่องเหมือนแม่มันนั่นแหละ ไม่พอใจก็กรี๊ดลั่นบ้านเลย” (ยายของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

“...เป็นเด็กเลี้ยงยากตั้งแต่เกิด ป่วยบ่อย อารมณ์ไม่ดี งอแงมาก...” (แม่ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, สัมภาษณ์, 19 ตุลาคม 2557)

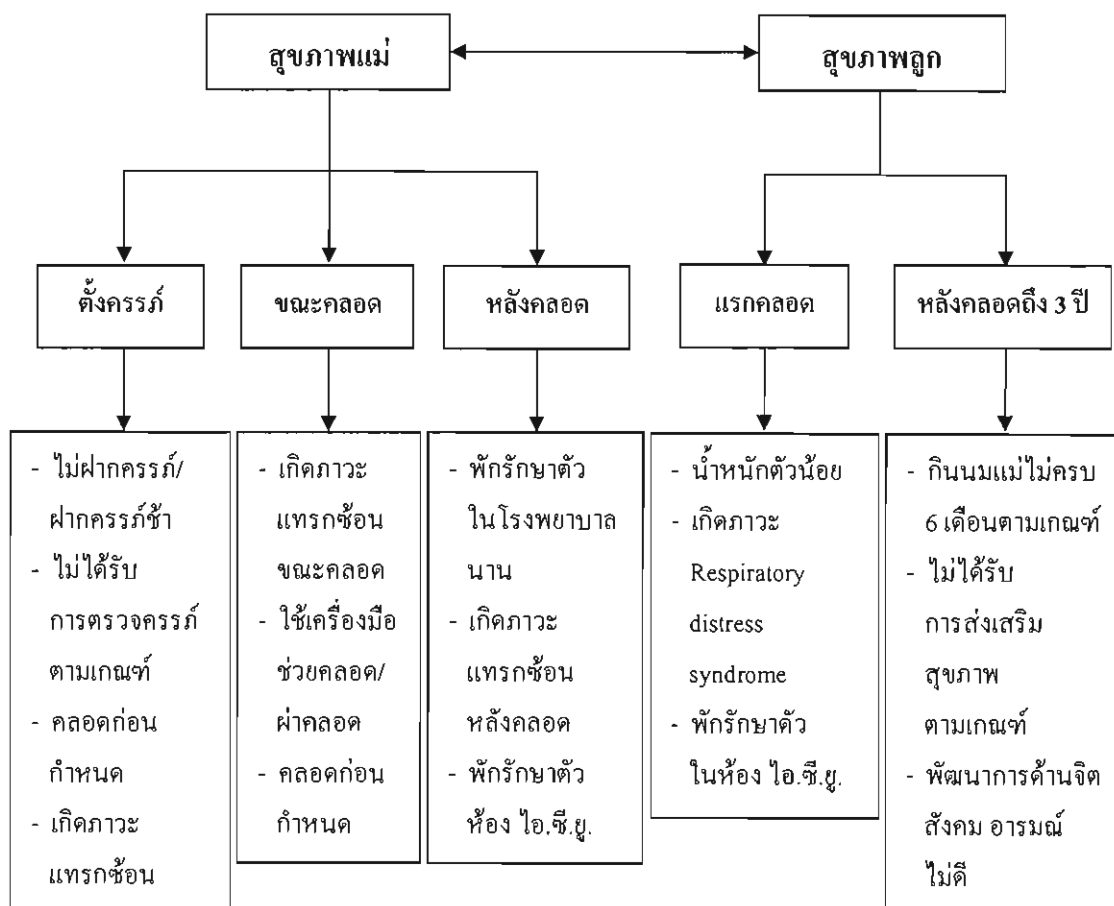
“ชี้โคง งอแง เอาแต่ใจ พุดไม่ฟัง บางครั้งมีกรี๊ด ปูตามใจ... ไปอยู่ศูนย์เลี้ยงเด็กแล้วดีขึ้นหน่อย” (แม่สามีของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“กลับมาอยู่บ้าน มันไม่ให้ลูกกินนมแม่เลย มันบอกว่าไม่มีน้ำนมตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล ตอนแรกก็กินนมผง พอโตซักไม่ไหว ไม่มีเงินซื้อ ก็เลยเอานมโรงเรียนมาใส่ขวดนมให้กินแทน... ฉันทำงานเป็นแม่ครัวที่โรงเรียน ครูเขาสงสารเลยอนุญาตให้อานมโรงเรียนมาให้หลานกิน... เขาก็เอาเรื่องเหมือนกัน... บางทีก็ป่าขวดนมเลย” (แม่ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“ยายกับพ่อตามใจ... น้องเป็นเด็กคือ เอาแต่ใจตัวเอง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

ผลกระทบต่อสุขภาพลูกของแม่วัยรุ่นเป็นผลโดยตรงจากตัวแม่ เช่น การฝากครรภ์ช้า ทำให้ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด และไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมทันเวลา รวมทั้งการผ่าตัดทำคลอดและการใช้เครื่องมือช่วยคลอด โดยพบว่า มีทารกที่คลอดก่อนกำหนด 2 คน ทารกน้ำหนักตัวน้อย จำนวน 2 คน และเกิดภาวะ Respiratory distress syndrome จำนวน 2 คน ซึ่งภาวะเหล่านี้พบในทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นมากกว่าในแม่วัยรุ่นใหญ่ ในส่วนของการเลี้ยงลูกของแม่วัยรุ่น พบว่า ลูกของแม่วัยรุ่นบางคนแทบไม่ได้กินนมแม่เลย เนื่องจาก

ไม่มีการเตรียมห้วนนม เต้านมในขณะที่ตั้งครรภ์ ในขณะที่บางคนให้กิน แต่เป็นระยะเวลาที่สั้นมาก โดยไม่เป็นไปตามเกณฑ์



ภาพที่ 6 แผนภูมิแสดงผลกระทบที่เกิดจากการเป็นแม่วัยรุ่นด้านร่างกาย

3. ด้านเศรษฐกิจและสังคม

3.1 การศึกษาของแม่วัยรุ่น

แม่วัยรุ่นเกือบทั้งหมดเป็นผู้ที่กำลังศึกษาเล่าเรียนอยู่ในระบบการศึกษา โดยอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย (รวมอาชีวศึกษา) เป็นจำนวน 14 จาก 17 คน เมื่อตั้งครรภ์บางคนสามารถเรียนต่อจนจบชั้นที่กำลังเรียนอยู่ แต่ไม่สามารถสำเร็จในชั้นสูงสุดในระดับนั้นได้ ในขณะที่บางคนเมื่อคลอดลูกแล้ว ก็กลับไปเรียนอีก แต่เป็นการศึกษานอกระบบ ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“...ห้องตอน ม.2 เทอมแรกไม่จบ ม.2 ออกตอนเทอม 2... ตั้งใจว่าจะเรียนเทคนิคให้จบ ปวช. เสียขายมาก... ตอนนี้อยากกลับไปเรียน แต่ก็ เป็นไปไม่ได้ เพราะลูกยังกินนมอยู่” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“ไม่ไปโรงเรียน ไปเที่ยวกับเพื่อน... หนีไปอยู่กับแฟน แม่ตามไปตี... พอรู้ว่าห้องครูที่โรงเรียนเขาไม่ให้เรียนต่อ หลังคลอด ย้ายไปเรียนอีก โรงเรียนซึ่งเขารับให้เรียนถึงจะมีลูกแต่แทนเพื่อนสื่อไม่ได้ เพราะเป็นเพื่อนใหม่ไม่รู้จัก มันว่าไม่ต้องเรียนแล้ว มีลูกแล้วยังมาเรียนอีกใครเขาเรียนกัน ออกไปเลี้ยงลูกดีกว่า” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“เรียนเทคนิคระยะของปี 1 หยุดเรียนตอนท้องได้ 5 เดือน พอคลอดเปลี่ยนมาเรียนที่วิทยาลัยเอกชน เรียนได้เทอมเดียว ลงทะเบียนรักษาสถานภาพไว้ รอลูกโตกว่านี้แล้วค่อยไปเรียนต่อ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“...คบกันตอนอยู่ ม.2 แม่ไม่รู้ มารู้ตอนท้อง ความจริงหนูตั้งใจว่าจะเรียนให้จบ ปวส. หนูเรียนปานกลาง แต่ชอบเรียนภาษาอังกฤษ เคยมีครูต่างชาติมาสอน แกยังชมว่าหนูเก่งภาษาเลย... เสียขายมาก เสียใจด้วย เห็นคนอื่นเค้าใส่ชุดนักเรียน ชอบมอง อยากใส่ชุดนักเรียน... ขอแม่ไปเรียนกศน. แต่แม่ไม่ให้ไปเพราะลูกยังเล็ก ถ้าไปเรียนแม่เค้าเลี้ยงคนเดียวไม่ไหว... สวนก็ต้องทำคนเดียว พ่อกับพี่ชายก็ไม่ค่อยช่วย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, สัมภาษณ์, 19 ตุลาคม 2557)

“พ่อแม่เขาหวังเรื่องเรียนหนูมาก เพราะอุตสาหกรรมส่งหนูไปเรียนในเมือง ค่ารถก็แพง เสื้อผ้าหนังสือก็เตรียมไว้เรียบร้อย แต่หนูไม่ไปเพราะหนูเรียนไม่ไหว เพื่อนก็มีแค่คนเดียว เค้าออก หนูก็เลยออกด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, สัมภาษณ์, 19 ตุลาคม 2557)

“ห้องตอนอยู่ ปวช.1 เทอม 2 พอท้องก็เลยออกจากโรงเรียน พ่อแม่เค้าเลยให้แต่งงานกัน แต่แฟนเรียนต่อ กศน. จนจบ ม.6 ตอนนี้กำลังเรียน ปวส.” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“ห้องตอนอยู่ ม.2 รู้ว่าห้องตอนท้องได้ 3 เดือน รู้แล้วก็ออกโรงเรียนเลย ไปอยู่บ้านแฟนเฉย ๆ ไม่ได้แต่ง ไม่ได้สมา... เสียขายที่ไม่จบ ม.3 เพราะถ้าจบ ม. 3 น่าจะหางานทำได้ง่าย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“เสียขายมากที่ต้องออกจากโรงเรียน หนูเรียนที่โรงเรียนบ้านค่าย จบ ม.3 ได้เกรด 3.75... ห้องตอนอยู่ ม.4 เทอมแรก... ก่อนท้อง ตั้งใจว่าจะเรียนให้จบ ม.6 แล้วจะไปต่อมหาลัยที่กรุงเทพ... ม.บุษ ก็อยากไปเรียน แต่เข่าเข้ายาก... หลังคลอดได้ 1 เดือน ก็กลับไปเรียน กศน. เพราะเรียนแค่วันอาทิตย์วันเดียว แม่ช่วยเลี้ยงลูกให้ ตอนนี้อยู่ อีกเทอมก็จะจบ ม.6 แล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 17, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

ด้านการศึกษาเป็นปัญหาอีกด้านหนึ่งที่แม่วัยรุ่นได้รับผลกระทบเป็นอย่างมาก เพราะแม่วัยรุ่นเกือบทั้งหมดเป็นผู้ที่อยู่ในระบบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาทั้งตอนต้นและตอนปลาย แม่วัยรุ่นทุกคนต้องออกจากการศึกษากลางคัน โดยที่ส่วนมากไม่จบชั้นสูงสุดของการศึกษาระดับที่ กำลังศึกษาอยู่ ทำให้ไม่ได้รับวุฒิการศึกษา แม่วัยรุ่นบางคนได้ศึกษาต่อแต่เป็นการศึกษานอกระบบ ในขณะที่แม่วัยรุ่นอีกหลายคนไม่มีโอกาสได้ศึกษาต่อทั้งการศึกษาในหรือนอกระบบ

3.2 ครอบครัวของแม่วัยรุ่น

แม่วัยรุ่นเกือบทั้งหมดของการศึกษานี้ เป็นผู้ที่อยู่ในช่วงวัยที่กำลังศึกษาเล่าเรียน เป็นความหวังของผู้ปกครอง โดยผู้ปกครองแทบทุกคนพูดเหมือนกันว่า “ต้องการให้ลูกของตนเรียนให้สูงที่สุดเท่าที่จะเรียนได้” แม้ว่าฐานะทางบ้านไม่พร้อม การตั้งครุภัณฑ์และคลอดบุตรของแม่วัยรุ่นส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของพ่อแม่ผู้ปกครองเป็นอันดับแรก ต่อมาคือ ภาระการดูแลลูกหลาน โดยมีตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“พ่อแม่เสียใจที่สุด พูดไม่ออก... ตอนครูเขารู้ว่าท้องเขาเรียกแม่ไปคุย ถามว่าจะเอาอย่างไรดี เพราะลูกเราอายุไม่ถึง 15 ปี หมออนามัยเขาก็ส่งเรื่องไปโรงพยาบาลบ้านค่าย... ที่โรงพยาบาล พัฒนาสังคมก็ถามว่าจะทำแท้งหรือเปล่า เราก็ตอบว่าไม่ทำ ไม่อยากให้เป็นบาปกับลูกเรา... พ่อมันโกรธมากจนพูดไม่ออก... ไม่ว่าตอนคลอดหรือตอนนี้ก็เรทั้งนั้น...” (แม่ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“ทำไงได้ละ ท้องแล้วก็ต้องดูแลกันไป... แม่มันพาไปฝากท้องเอง ฝากที่คลินิก เพราะวันธรรมดาไม่มีเวลาไปส่ง แม่ทำงานยุ่งทุกวัน ป่วยก็ไม่มีเวลาไปหาหมอ... เห็นว่ามีปัญหาจะต้องผ่าตัดอะไรนี้แหละ ยังหยุดงานไม่ได้เลย... ตอนคลอดที่โรงบาลระยองแม่มันก็ไปเฝ้า.. พี่มันนะเธอ เด็กแถว ๆ นี้ งานการไม่ทำ แถมยังเล่นยาด้วย มันเอามาให้เมียมันเสพด้วย ก็เลยให้มันเลิกกัน นี่มันท้อง 6 เดือน อยู่นะ ตอนนี้อยู่บ้านมีแฟนใหม่เป็นทอม ยังไงก็คิดว่าผู้ชายเพราะไม่ท้อง... แม่มันก็เป็นแม่วัยรุ่นเหมือนกัน ท้องเจ็บตอนเรียนเทคนิค พอคลอดเจ็บ

ฉันก็เลี้ยงตัวเอง แม่ฉันก็กลับไปเรียนต่อจนจบ ปวส... พ่อกับแม่เขาเลิกกันหลายปีแล้ว แม่ฉันทำแต่งงาน... ดีว่าเป็นหัวหน้าเค้า ได้เงินเดือนมากหน่อย ฉันเองก็ขายของเล็ก ๆ น้อย ๆ เจ็บก็ช่วยบ้าง เวลาฉันไม่อยู่” (ยายของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

“พ่อฉันกับฉันก็มีคนนับหน้าถือตามาก มันขอไปเรียนในเมืองเราก็ยอม แต่พอไปได้ไม่กี่วันมันบอกว่าเรียนไม่ไหว แล้วก็ไปโรงเรียน แล้วยังหนีไปอยู่บ้านผู้ชายอีก อยาชาวบ้านเขาก็เลยต้องแต่งให้มันจะได้หมดเรื่อง แล้วก็แบ่งที่ให้ทำกิน มันก็ทำกันได้เหมือนกัน... ตอนคลอดช่วยเขาเดือนหนึ่ง เพราะเรากำลังเยอะ” (แม่ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, สัมภาษณ์, 19 ตุลาคม 2557)

“...ความจริงยายไม่ได้อยู่ที่นี้หรอก พออายุ ท้องแก่ใกล้คลอดแฟนเขาไปรับมาจากอุดรฯ ให้มาอยู่เป็นเพื่อน พอคลอดก็เลยอยู่เลี้ยงหลาน อยู่มาเป็นปีแล้ว อยากกลับบ้านที่อุดรฯ บ้านที่นี้ไม่เหมือนที่อุดร... ยายชอบบ้านนอก มีเพื่อนเยอะ อยู่นี้ไม่ค่อยรู้จักใคร ดีหน่อยว่าบ้านนี้ยังพอมือที่ให้หายใจหายใจบ้าง... ทำใจได้ ก็เขาไม่มีใคร ตัวเขาเองยายก็เลี้ยงเขาตั้งแต่เกิด เพราะพ่อแม่เขาแยกกัน... ลูกเขาขายก็ต้องเลี้ยง... ยายเองก็สุขภาพไม่ดี มาครบทั้งเบาหวาน ความดัน ไ้ไขมันในเลือด... คอยแต่ว่าเมื่อไหร่แม่เขาให้ไปโรงเรียนยายจะได้กลับอุดรฯ ซะที... แม่เขาไม่เครียดแต่ยายเครียด เผลอชนแล้วก็เร็วมาก เผลอก็จะกลานออกบ้าน เหนื่อยมาก บางวันวิ่งหัวมาก คาก็มัวจมองไม่ชัด อยากรจะถามหมอว่า ทำไมมันถึงมัว แล้วยายจะต้องรักษาอย่างไร... ไปอนามัยหมออนามัยเขาบอกว่าต้องไปโรงพยาบาล... เรื่องฉีควักซินก็ไม่พ่นยาย พ่อเขาหยุดงานไม่ได้... แม่เขาเป็นคนจี๋ ยายเป็นคนอึด คนจับ เวลาฉีค แม่เขาทนไม่ได้เวลาลูกร้อง...” (ยายของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“ฐานะไม่ดี ส่งให้เรียนหวังจะให้มีงานทำดี ๆ มันเล่นเฟสอะไรนี่แหละ แล้วก็หนีไปอยู่กับเขาที... พ่อแม่เขาเฉยไม่เคยมาพูด... ไม่ได้แต่งงาน อยู่กับเค้าจนคลอด พอคลอดเสร็จกลับมาอยู่บ้าน ผัวมันก็มาหาบ้างแต่ไม่ได้ช่วยเหลืออะไร บอกให้มันคิดยาคุม แต่มันไม่คิด นี่ท้อง 7 เดือนแล้ว ยังไม่ฝาก ให้ไปฝากก็ไม่ไป คลอดคราวนี้จะให้หมอจับมันทำหมันไปเลย อยาชาวบ้านจนไม่รู้จะว่าอย่างไร เขาคงพูดจนจี้ก็จบพูดแล้ว” (แม่ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“พ่อเขาไม่อยู่ เลิกกันตั้งแต่ลูกเล็ก ๆ ไม่รู้ตอนนี้ไปอยู่ไหน... เสียใจมากเพราะมีลูกสาว 2 คน เป็นแบบเดียวกันทั้ง 2 คน ทำใจได้ มันเป็นไปแล้ว ดีแต่ผู้ใหญ่ฝ่ายชายเค้ารับผิดชอบ คนนี้แต่งก่อนแล้วท้อง แต่แต่งแบบไม่ใหญ่ เพราะถ้าแต่งใหญ่ครูเขาจะไม่ให้เรียน มันเป็นตัวอย่างไม่ดี... ชาวบ้านเค้าคงจะพูดกันบ้างแต่เราไม่ได้ยิน ไม่มีใครถามเรา ได้ยินแต่เค้าพูดถึงคนอื่นที่เหมือนกับเรา มันเป็นไปแล้วก็ต้องทำใจ” (แม่ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“ตอนออกจากโรงเรียน แม่ไม่ว่าอะไร แต่รู้ว่าแม่เสียใจมาก ส่วนพ่อเงียบ แต่รู้ว่าพ่อโกรธมาก... ตามธรรมดาแม่เค้าจะไปทำงานตัดไม้กับพ่อทุกวัน ช่วงหนูคลอด แม่ต้องหยุดงาน มาช่วยหนูเลี้ยงลูก 1 เดือน...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 17, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

การวิจัยนี้ทำในพื้นที่ชนบทซึ่งประชาชนที่อยู่อาศัยยังมีการไปมาหาสู่กันเกือบทุกครอบครัวทราบความเป็นอยู่และการเปลี่ยนแปลงซึ่งกันและกัน โดยตลอด การที่ลูกสาวหรือหลานสาวบ้านใดมีปัญหาเรื่องการตั้งครรภ์ในขณะที่ยังเรียนหนังสือ ย่อมเป็นที่รับทราบกันทั่วไป นอกจากแม่วัยรุ่นเองที่เกิดความเครียดเพราะความไม่พร้อม กลัวการตำหนิและการไม่ยอมรับจากบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในรายที่ไม่มีพิธีสมรส พ่อแม่ผู้ปกครองและญาติผู้ใหญ่ ในครอบครัวก็ได้รับผลกระทบไม่น้อยไปกว่าแม่วัยรุ่น เพราะทำให้เกิดความอับอาย เสียหน้า เสียใจ ผิดหวัง รวมทั้งการหยุดงานเพื่อมาช่วยเลี้ยงดูลูกหลานเหล่านี้เกิดมา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ การประกอบอาชีพและการเงินของครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่มีปัญหาด้านการเงินอยู่ก่อนแล้ว

3.3 การเงินของแม่วัยรุ่น

แม่วัยรุ่นส่วนมากเป็นผู้ที่อยู่ในวัยเรียน เงินที่ใช้จ่ายล้วนมาจากพ่อแม่ผู้ปกครองทั้งสิ้น การเป็นแม่วัยรุ่นเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายให้และเพิ่มภาระให้กับครอบครัว โดยเฉพาะแม่วัยรุ่นที่ไม่มีสามีหรือมีแต่ไม่มีรายได้ รวมทั้งสามีที่ไม่มีความรับผิดชอบ นอกจากค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเป็นเงิน ยังมีการสูญเสียรายได้ของคนในครอบครัวจากการหยุดงานเพื่อดูแลแม่วัยรุ่นและลูกของแม่วัยรุ่น ครอบครัวที่ฐานะการเงินดีก็จะได้รับผลกระทบน้อย ต่างกับครอบครัวที่มีปัญหาการเงินอยู่แล้ว ซึ่งครอบครัวแม่วัยรุ่นหลายครอบครัวประสบปัญหานี้ ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“...มีหลานทำให้มีภาระเพิ่มขึ้นมาก... ตั้งแต่ท้องคลอด หยุดขายของไป... หลายวัน ค่าใช้จ่ายทุกอย่างอยู่กับเราทั้งหมด ทั้งลูกทั้งหลานลูกเขย เราทั้งนั้น... ลูกเขยก็เพิ่งไปทำงานส่งของได้ 2 วัน ค่าแรงวันละ 300 บาท ไม่รู้ว่าจะทำได้อีกวัน... พอเหรอ ก็พอบ้างไม่พอบ้าง เหนื่อยแล้วก็เครียดด้วย เขาไม่เครียดแต่เราเครียด” (แม่ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“...หนูอยู่กับย่ากับพ่อที่บ้านย่า... แม่เขาช่วยพ่อเลี้ยงทำสวนยาง พอหนูคลอดก็ไปอยู่บ้านแม่ 1 เดือน แม่ช่วยดูแลทุกอย่าง ไม่เป็นอันช่วยพ่อทำงาน... พอได้เดือน หนูไม่ได้ให้ลูกกินนม เพราะจะกลับมาอยู่กับแฟนที่บ้านย่า แม่ก็เลยเอาลูกไว้เลี้ยง... ทุกอย่างอยู่กับแม่ทั้งหมด ก่อนท้อง หนูไม่เคยทำงาน เรียนอย่างเดียว พอมีลูก พ่อเขาแบ่งสวนยางให้ทำกิน หนูกับแฟนตัดยางก็พอกิน พอใช้ ตอนนี้อย่างราคาถูกแย่น้อย... เรื่องเงินในบ้านพ่อกับแม่เลี้ยงเป็นหลัก... หนูเองขาดเหลือก็ขอพ่อบ้าง ตอนนี้แฟนหนูไปหารเงินเดือนก็พอเหลือบ้าง แต่น้อยกว่าตอนทำสวน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“ก่อนมีลูก หนูขายของแล้วก็เรียนหนังสือด้วย... เรียนเฉพาะเสาร์ อาทิตย์... แฟนหนูรับจ้างแม่เขาขายของ ค่าแรงวันละ 400 บาท พอหนูท้องสุขภาพไม่ค่อยดี หนูหยุดขายของอยู่บ้านเฉย ๆ... ขอเงินพ่อใช้... ก็พ่อใช้ค่ะ...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“...พ่อมันเป็นหลักค่านม ค่าแพมเพิส พ่อมันทั้งนั้น เขาซื้อของมาให้เลย ฉันท้องพ่อมันให้เหมือนกัน แม่เค้าก็ช่วยเดือนละสองพัน...” (ย่าผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“...หนูทำงาน ถ้าไม่รวมโอก็จะมีอยู่ 10,500 บาท แต่โอไม่แน่นอน ของแฟนมันห้าพอท้องได้ 3 เดือน ก็หยุดงาน เพราะสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง... กลับไปทำงานตอนลูกอายุได้ 5 เดือน ตอนแฟนทำงานคนเดียวเรื่องการเงินก็ลำบากหน่อย ต้องประหยัดมาก ขนาดทำ 2 คน ยังพอดี พอดีไม่เหลือเก็บ เพราะต้องจ่ายค่าเช่าบ้าน ผ่อนรถเครื่อง 2 คัน แล้วก็ค่านมลูกอีก ดีที่ไม่ต้องจ่ายค่าคนเลี้ยง เพราะขามาช่วยเลี้ยง...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“ยายช่วยเลี้ยงเป็นหลัก เพราะคนอื่นเขาทำงานนอกบ้านกันทุกคน... เดิมยายเค้ารับจ้างเลี้ยงเด็ก ตอนหนูคลอดน้องพอดีเด็กที่ยายเลี้ยงเขาเข้า โรงเรียนยายก็เลยเลี้ยงลูกหนูต่อ... ยายบ่นเหมือนกันว่าขาดรายได้... บางทีไม่พอใช้ก็ขี้มียาย... ก็คืนบ้าง ไมคืนบ้างยายก็บ่นเหมือนกัน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“เดิมก็ไม่พอใช้อยู่แล้ว ตอนนี้อย่างใหญ่ ต้องไปกู้เงินนอกระบบมาใช้หนี้สิน พระรุงพระรัง... พ่อมันรับจ้างทั่วไป วันละ 300 บาท แต่ไม่ได้ทำทุกวัน งานมันไม่แน่นอน ทำบ้างไม่ได้ทำบ้าง” (แม่ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

แม้วัยรุ่นที่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวสามีก็จะเป็นการเพิ่มภาระให้กับครอบครัวสามี โดยเฉพาะสามีที่ไม่ค่อยรับผิดชอบ ไม่ประกอบอาชีพเพื่อหาเงินมาเลี้ยงดูภรรยาและลูก ดังคำกล่าวของแม่สามีและแม่วัยรุ่นดังนี้

“...ยังงี้ก็หลานเรา ก็ดูแลกันไป ให้กินนมแม่ นมผงมันแพงซื้อไม่ไหว เขาก็ทำอะไรได้ไม่มาก ต้องเลี้ยงลูก ลูกชายเราก็ไม่ค่อยได้เรื่อง มันยังติดเตียงอยู่... แม่เค้าก็ส่งให้บ้าง แต่หลัก ๆ ก็อยู่ที่เรา... เรายังก็ไม่ใช่ว่าจะคล่องนัก... เวลาเจ็บป่วยรุ่นกันทั้งบ้าน” (แม่สามีของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“...ตอนคลอดใหม่ ๆ หนูกับแฟนอยู่บ้านพ่อ ลูกหนูตอนเล็ก ๆ ซึ่โรค ป่วยบ่อย ดีแต่น้องสะใภ้ช่วยเลี้ยง... บ้านแฟนก็ฐานะไม่ค่อยดี แล้วก็ไม่มีคนช่วยเลี้ยง แต่อยู่บ้านพ่อไม่ได้ เบื่อแม่เลี้ยง ทะเลาะกันประจำ พ่อก็ช่วยอะไรไม่ได้ มาอยู่บ้านแฟน พ่อแม่แฟนช่วยเยอะ ลำพังเงินเดือนแฟนไม่พอใช้...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

แม่วัยรุ่นเกือบทั้งหมดของการศึกษานี้ มีผลกระทบต่อการเงินของครอบครัวแทบทั้งสิ้น โดยพบว่า ภายหลังจากคลอดลูกมีแม่วัยรุ่นเพียง 5 คน ที่ประกอบอาชีพ แต่เมื่อพิจารณาจำนวนเงินที่ได้รับต่อเดือนถือว่าค่อนข้างน้อย และเมื่อรวมกับรายได้ของสามีก็พบว่า อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางเมื่อเปรียบเทียบกับค่าแรงขั้นต่ำที่วันละ 300 บาท เนื่องจากแม่วัยรุ่นและสามีส่วนมากจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาแทบทั้งสิ้น นอกจากนั้นยังพบว่า แม่วัยรุ่นส่วนมากต้องรับการสนับสนุนทางสังคมจากพ่อแม่ผู้ปกครองของตนเองหรือของสามี ทั้งที่หลายครอบครัวก็มีปัญหาด้านเศรษฐกิจก่อนหน้านี้แล้ว ดังนั้น การมีแม่วัยรุ่นยังทำให้ปัญหาทวีความรุนแรง เช่น การเป็นหนี้ นอกระบบ การใช้น้ำที่ไม่เหมาะสมเลี้ยงทารกจากการไม่มีเงินซื้อนมผสม

3.4 การสนับสนุนทางสังคมของแม่วัยรุ่น

แม่วัยรุ่นส่วนมากเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทุก ๆ ด้าน เนื่องจากยังไม่ถึงวัยที่สมควรและขาดการเตรียมตัวที่ดีทำให้ไม่มีความพร้อม แม่วัยรุ่นได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น ความรู้ ทักษะการเลี้ยงลูกจากบุคลากรสาธารณสุข บุคคลในครอบครัวตนเองและสามี ความรักและการเอาใจใส่ รวมทั้งทรัพย์สินเงินทองจากพ่อแม่ ผู้ปกครอง การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจะทำให้แม่วัยรุ่นสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย เห็นคุณค่าในตนเองสูง และมีความเป็นอยู่ที่ดี โดยมีตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“เรื่องการดูแลเด็ก หมอที่ตีกลอดเขาสอนมาหลายอย่าง ตั้งแต่การอาบน้ำ การให้กินนม การเช็ดสะดือ เช็ดตา กลับมาบ้าน แม่ทำให้คู่อีก หนูก็เลยพอทำเป็น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“แม่มันยังไม่ค่อยรู้เรื่องเท่าไร ฉันต้องคอยบอก คอยสอน บางทีก็ทำให้เลย เขาก็จำบ้าง ไม่จำบ้าง” (แม่ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“วิธีเลี้ยงลูกหรือ ตอนอยู่โรงพยาบาลหมอก็สอนมาบ้างว่าอาบน้ำอย่างไร แล้วเขาก็ให้เราฝึกตาม หนูก็ทำได้แต่ไม่คล่อง กลับมาอยู่บ้านแม่ แม่ก็ทำให้คู่อีก หลังจากนั้น หนูก็ทำเองเป็น... แต่ส่วนมากแม่จะทำมากกว่า... แม่เป็นคนเลี้ยงให้ตลอด แม่ไม่ว่าหนูถึงจะเลี้ยงเอง อย่างวันนี้... ขายจ่ายเองทุกอย่าง... ถ้าไม่ได้แม่ช่วยหนูแย่แน่...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“...ลูกหนูกินนมหนูได้แค่เดือนเดียว น้ามนมไม่ไหล คุณจนหัวนมแตก นมเป็นเลือด ไปหาหมอให้ยาเร่งน้ามนมากินก็ไม่มีน้ามน ก็เลยให้กินนมผงที่เป็นนมวัว แต่ลูกหนูกินไม่ได้ หมอบอกว่าแพ้นมวัว ต้องกินนมผงที่ทำจากถั่วเหลือง ขนาดกระป๋องละ 400 กรัม ราคา 400 กว่าบาท กินได้ไม่ถึงอาทิตย์ แต่หนูไม่เดือรื้อน เพราะพ่อหนูเค้าคอยดูและซื้อให้ตลอด รวมทั้งแพมเพิสด้วย นี่ขนาดแค่ 6 เดือน ยังกินอาทิตย์ละกระป๋องกว่า ถ้าโตกว่านี้คงก็เปลืองกว่านี้เยอะ... แม่หนูมาช่วย

เลี้ยงลูกเวลาว่าง... หนูโตมากับย่า แก่ค่าแก่งแต่ใจดี แกสอนหนูทุกอย่างรวมทั้งการเลี้ยงลูกด้วย...”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“ตอนไปคลอดที่โรงพยาบาล แม่หนูกลางน ไปเฝ้า... พอได้กลับบ้านก็มาอยู่บ้านแฟน เพราะบ้านแม่เป็นบ้านเช่าแคบกว่าที่นี่... พยาบาลที่ตึกคลอดสอนมาบ้างแต่ตอนกลับบ้านหนูยังทำไม่คล่อง กลับมาบ้านแม่แฟนสอนบ้าง ทำให้บ้าง... บางเรื่องหนูก็โทรไปถามแม่หนู... พ่อแม่แฟนใจดีค่ะ ช่วยเหลือทุกอย่างทั้งหนูกับลูก... แม่หนูก็ส่งเงินให้ใช้ทุกเดือน... แฟนหนูแรก ๆ ก็ช่วยดีมาระยะนี้ซึกทะเลาะกันบ่อยเพราะเขาติดเที่ยว... แม่เขาก็ไม่ว่าอะไร” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“ตอนคลอด หมอที่โรงพยาบาลเขาก็สอนมาหลายเรื่อง แต่... แฟนโดนทหารปีหน้าแล้วหนูจะทำอย่างไร เงินของหนูก็ไม่มีปัญหาหา เขาหาคนเดียว... ยังเป็นทุกข์เรื่องนมน้องว่าถ้านมหนูไม่พอกิน จะทำอย่างไรดี... โรงพยาบาลมินิมฟรีให้ก็ดิชิคะหนูจะได้ไปติดต่อขอรับ... เพราะถ้าพึ่งนมหนูถ้าลูกโตกว่านี้ไม่พอกินแน่... หนูทะเลาะกับบ้านอยู่ที่นี่แต่แฟนหนูอยู่ที่นี้แล้วลูกก็แจ้งเข้าที่นี่... แจ้งที่เทศบาลเลยหรือป้า แล้วเขาให้อะไรบ้างจ๊ะ...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

“บ้านแฟนหนูไม่มีอะไร ก็ยังดีที่พ่อแม่หนูเค้าแบ่งสวนยางกับสวนผลไม้ให้แล้วเขาก็ให้ทำกินกันเอง แต่แฟนหนูมันทำงานเก่ง ช่วยกันทำกิน ถ้าปากเรื่องงานแต่ไม่ลำบากเรื่องเงิน... รายได้พอใช้...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, สัมภาษณ์, 19 ตุลาคม 2557)

“...ความจริงยายไม่ได้อยู่ที่นี้หรอก พออายุ ท้องแก่ใกล้คลอดแฟนเขาไปรับมาจากอุดรฯ ให้มาอยู่เป็นเพื่อน พอคลอดก็เลยอยู่เลี้ยงหลานอีก” (ยายของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“ดีที่ไม่ต้องจ่ายค่าคนเลี้ยง แถมยังช่วยดูบ้านให้ด้วย... ไม่งั้นหนูแย่เลย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“...ตอนกลางวันที่เขาไปเรียนหนังสือ ฉันเป็นคนเลี้ยง ตอนเย็น ๆ กลางคืนพ่อแม่เขาเลี้ยงเอง พ่อเขาเลี้ยงเก่งกว่าแม่ซะอีก” (แม่ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“ช่วงหนูคลอด แม่ต้องหยุดงานมาช่วยหนูเลี้ยงลูก 1 เดือน... พ่อแม่ออกให้หมดเพราะหนูไม่มีรายได้ทำอะไร... ทุกอย่างอยู่ที่พ่อแม่หมด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 17, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

การสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เหมาะสม เช่น การสนับสนุนที่มากเกินไป ย่อมทำให้แม่วัยรุ่นไม่เข้าใจและแสดงบทบาทของตนไม่เหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น การที่แม่วัยรุ่น

ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยตนเอง และอาจทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ ดังข้อมูลที่ได้จากแม่และยายของแม่วัยรุ่นน
ดังนี้

“อะไรก็เรา ถ้าเราไม่ช่วยแล้วใครจะช่วย ทุกอย่าง ทั้งลูกทั้งหลาน แล้วก็ลูกเขย”

(แม่ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“...จ่ายให้เขาวันละร้อย เหลนฉันทก็เลี้ยงให้ แต่ยายเขารับผิดชอบค่านม ค่าใช้จ่าย
ทุกอย่าง ทำไม่ได้ ก็พ่อแม่หัวมันเขาไม่ช่วยเลย มันเองก็ไม่ได้ทำอะไร แล้วยังจะลูกในท้องมันอีก...
ก็ไม่รู้จะว่าอย่างไร” (ยายของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

“ตอนแรกก็กินนมผง พอโตซักไม่ไหว ไม่มีเงินซื้อ ก็เลยเอานมโรงเรียนมาใส่ขวดนม
ให้กินแทน... ฉันททำงานเป็นแม่ครัวที่โรงเรียน ครูเขาส่งสารเลขอนุญาตให้เอานมโรงเรียน
มาให้หลานกิน...” (แม่ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

แม่วัยรุ่นทุกคนล้วนได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ เริ่มจากบุคคล
ที่ใกล้ชิดที่สุดเกือบทุกคน โดยได้รับการสนับสนุนจากแม่ของตนเองตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด
โดยการเฝ้าคลอดที่โรงพยาบาล ได้รับความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลเด็ก
ในขณะที่พักอยู่ในโรงพยาบาล เมื่อกลับมาบ้านก็ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว
ที่กลับมาพักอาศัยอยู่ด้วย เช่น พ่อแม่ตนเอง พ่อแม่สามี ญาติผู้ใหญ่ ทั้งในรูปของการช่วยเหลือดูแล
ความรู้ ทรัพย์สิน สิ่งของ ในกรณีที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ตนเอง บางคนก็ยังได้รับการสนับสนุนจาก
พ่อแม่ตนเองที่อยู่ห่างไกลในรูปแบบต่าง ๆ ดังที่กล่าวมา แต่ถ้าการสนับสนุนทางสังคมในแม่วัยรุ่น
บางคนที่ไม่เหมาะสมไม่ว่าจะมากหรือน้อยย่อมส่งผลให้แม่วัยรุ่นคนดังกล่าวเกิดปัญหาตามมา

3.5 การดำรงบทบาทเป็นมารดาของวัยรุ่น

แม่วัยรุ่นบางคนสามารถดำรงบทบาทเป็นแม่ได้เหมาะสม เนื่องจากการได้รับ
การสนับสนุนทางสังคมจากรอบข้างอย่างเหมาะสมและมีภูมิหลังที่ดี ทำให้มีการปรับตัวได้ดี
โดยมีตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“วิธีการเลี้ยงลูกของหนูก็ได้จากแม่นั้นแหละทำให้ดูบ้าง สอนบ้าง... ถ้าเป็นจาก
โรงพยาบาล ก็ได้มาตั้งแต่ฝากท้องบ้าง ห้องคลอดบ้าง หมอเขาสอนหลายเรื่อง การอาบน้ำ
การให้กินนม เช็ดตา เช็ดสะดือ หลายเรื่อง... ตอนนี่ยังไม่ได้ฉีดวัคซีน แต่หมอนัดวันแล้ว... ยังไม่เคย
ประเมินพัฒนาการเลย หมอไม่เคยบอก” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“พอคลอดน้องออกมาหนูรีบดูเลยว่าน้องปกติหรือเปล่า เห็นน้องครบ 32 คีใจมาก
เพราะตอนท้องเคยกินยาขับแต่ไม่ออก กลัวลูกพิการ... การเลี้ยงน้อง ย่าหนูสอนซะส่วนมาก
แม่ก็ช่วยบ้างเวลามาดูหลาน... ลูกหนูกินนมหนูได้แค่เดือนเดียว นำนมไม่ไหล คุณจนหัวนมแตก
นมเป็นเลือด ไปหาหมอให้ยาแรงน้านมมากก็ไม่มีน้านม ก็เลยให้กินนมผงที่เป็นนมวัว... สมุด

สีชมพูก็อ่านบ้าง... น้าหนักตัวน้องอยู่ในเกณฑ์ปกติ... หนูก็ดูจากในสมุดสีชมพู การฉีควัคซีน
หนูพาไปเองทุกครั้ง ลูกหนูพัฒนาการดี ไม่ช้า... แต่หนูไม่ได้กระตุ้นเพราะเห็นว่าเขาปกติ”
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“...เห็นหน้าลูกครั้งแรกดีใจค่ะ... ก็หนูไม่ค่อยได้ทำอะไรอยู่แล้ว ลูกสาวหนูอายุ
6 เดือน หนูเลี้ยงเอง ให้กินนมหนูอย่างเดียว ตั้งใจว่าจะให้กินจนขวบ สองขวบถึงจะให้เลิก... วิธีเลี้ยง
แม่แฟนหนูสอนทุกอย่าง แต่บางทีหนูก็โทรถามแม่หนู... หมอเค้าว่าลูกหนูน้าหนักปกติ แต่หนูไม่รู้
ว่าคุยังไง... หนูจำได้ว่าต้องไปวันไหน แต่ไม่รู้ว่าฉีควัคซีนอะไรบ้าง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, สัมภาษณ์,
11 ตุลาคม 2557)

“คนอื่นเค้าไปทำงานกันหมด หนูอยู่บ้านเลี้ยงลูกเอง... ลูกยังกินนมหนูอยู่ แต่เริ่ม
ให้ดูคนมกล่องบ้าง... สบายมากเรื่องเลี้ยงเด็ก หนูเคยช่วยญาติเลี้ยงมาก่อน... อนามัยใกล้เคนี้เอง
หนูพาไปฉีควัคซีนเองที่อนามัย... ลูกหนูน้าหนักส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ปกติ รูปร่างสมส่วนไม่อ้วน
ไม่ผอม... ดูตามสมุดสีชมพูแล้วพัฒนาการทำได้ตามอายุ...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, สัมภาษณ์,
18 ตุลาคม 2557)

“...ยังไม่ได้พาไปฉีควัคซีนค่ะ เพราะยังไม่ถึงกำหนด หนูจำได้ว่าหมอบอกเขาว่าวันที่...
หมอบอกอยู่ว่าต้องประเมินพัฒนาการลูกตามสมุดสีชมพูว่าทำได้ตามนั้นหรือเปล่า ถ้าได้
ก็แปลว่าปกติ... ถ้าเร็วแปลว่าอะไรหนูไม่รู้ หมอเค้าไม่ได้บอก... น้าหนักลูกหนูก็ไม่รู้
เพราะยังไม่เคยชั่งเลยตั้งแต่กลับมาอยู่บ้าน อยากรู้ค่ะ... แล้วเท่าไรถึงจะพอดี... หนูจำไม่ได้ว่า
หมอบอกหรือเปล่า” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

“มีคนติดต่อหนูไปทำงานอยู่เหมือนกัน ความจริงก็อยากไป แต่ยังลังเลว่าถ้าไป
จะไม่ค่อยมีเวลาอยู่กับลูก ถึงแม่ันลูกจะไปโรงเรียนแล้ว... การฉีควัคซีนไปตามนัดทุกครั้ง
พ่อแม่หนูมารับหนูทุกครั้ง ฉีดที่คลินิกที่เคยฝากท้อง เพราะรอไม่นาน แล้วก็ฉีควัคซีนเสริมบางตัว
ที่โรงพยาบาลไม่มี หนูจำได้ว่าหมอนัดเมื่อไหร่แต่จำไม่ได้ว่าฉีควัคซีนอะไรบ้าง... ค่าวัคซีน
ก็หลายบาทอยู่ แต่แม่หนูออกให้หมด... หนูดูแลอดแหวะ ลูกสาวหนูเขาพัฒนาการดี เร็วกว่าวัยด้วย
...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“...ฉันเป็นคนพาไปกับแม่เขา ไม่เคยผัดวัน แม่เขาก็ใช้ได้ แต่พ่อเขาเลี้ยงเก่งกว่า
กลางค้ำกลางคิ่นตื่นมาดูลูกบ่อยกว่าแม่ฉันอีก กลางวันก็พาไปเที่ยวเล่น... พัฒนาการเขาดี น้าหนัก
ก็ไม่ตกเกณฑ์” (แม่ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“...ส่วนมากหนูเลี้ยงเอง แม่ช่วยบ้างเวลาหนูไปเรียน หนูคิดว่าหนูยังไม่เป็นแม่ที่ดี
เพราะหนูยังหาเลี้ยงลูกไม่ได้ อยากร่างงานหาเลี้ยงลูกเอง... หนูพาไปฉีควัคซีนเอง... น้าหนักปกติ

พัฒนาการเขาสมวัย หนูว่าหนูรักลูกมาก สงสารที่พ่อเขาไม่สนใจ... หนูไม่เคยตีลูกแรง ๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 17, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

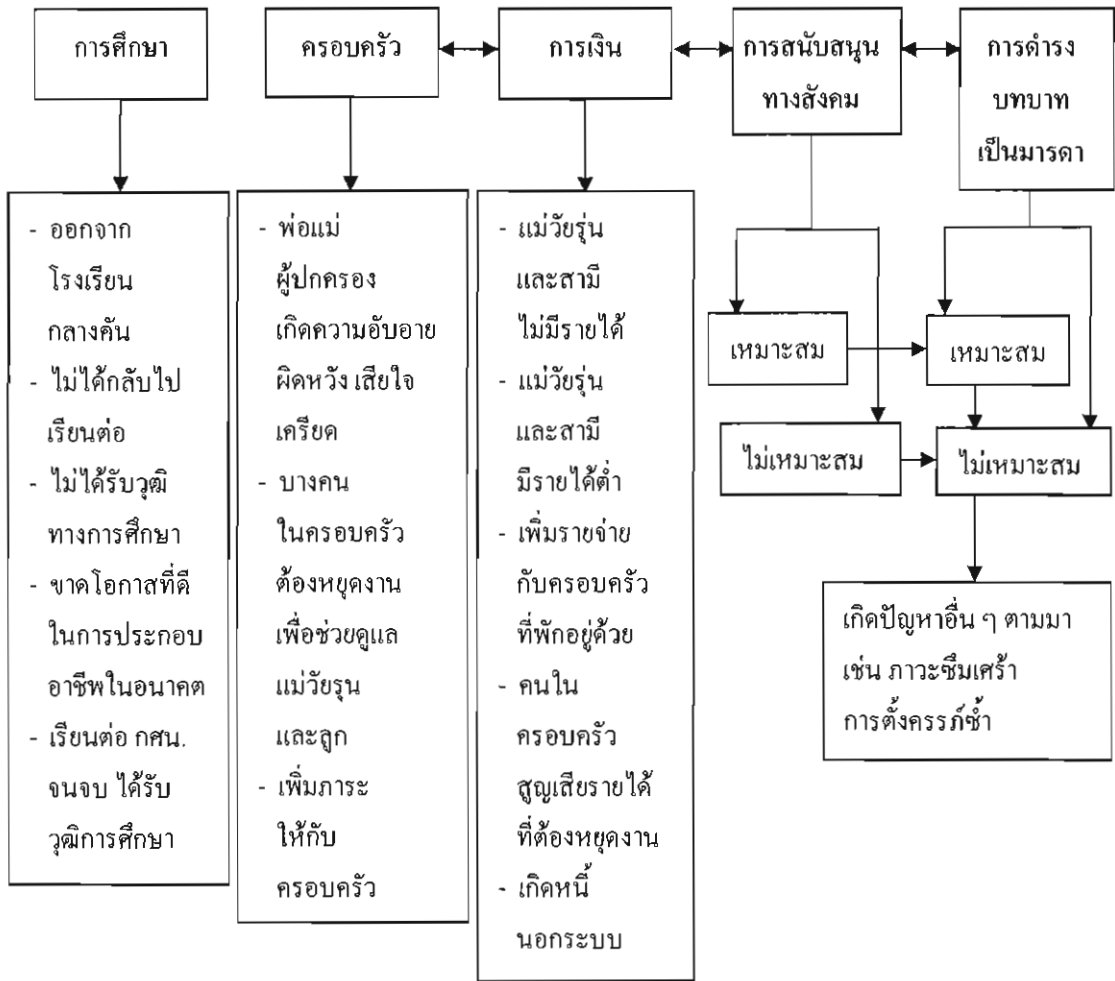
แม่วัยรุ่นบางคนเผชิญกับปัญหาที่ค่อนข้างรุนแรงซึ่งเป็นผลมาจากคู่ครอง ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อบุตร มีการแสดงบทบาทความเป็นมารดาไม่เหมาะสม ในขณะที่แม่วัยรุ่นบางคนมีพื้นฐานจากการเลี้ยงดูในครอบครัวตนเองที่ไม่มีระเบียบแบบแผน ก็ทำให้แม่วัยรุ่นแสดงบทบาทความเป็นแม่ไม่เหมาะสมเช่นกัน ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“วัน ๆ มันก็ไม่ค่อยได้ทำอะไร อยู่แต่ในบ้าน ลูกก็ไม่ค่อยสนใจเลี้ยง ฉันเป็นคนเลี้ยงเองซะส่วนมาก ไปไหนฉันก็เอาเหลนไปด้วย... ก็ให้มันช่วยขายของเวลาฉันไปซื้อของหรือไปไหน ๆ บ้าง... เรื่องวัดจีนเหลนฉันก็ไปลิดที่อนามัยใกล้บ้านนี้แหละ” (ยายของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

“ตอนกลับมาอยู่บ้านที่แรกไปอยู่บ้านป่า... แกก็ช่วยเลี้ยงช่วยบอกวิธีเลี้ยง... แล้วก็มาอยู่ที่บ้านนี้... หนูไม่เคยอ่านสมุดสีชมพู ไม่รู้ว่าต้องดูตรงไหน ไม่รู้เหมือนกันว่าลูกหนูน้ำหนักพอดีหรือเปล่า... พัฒนาการก็ไม่เคยทำ ไม่รู้ว่าฉีดวัคซีนอะไรไปบ้าง จำไม่ค่อยได้ว่าหมอนัดวันไหนไปฉีดนัดเรื่อย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

“ถ้าฉันไม่อยู่ยาวพวกก็ต้องช่วยดู แม่ฉันฉันไม่อยากจะดู มันชอบนอน ไม่ค่อยสนใจลูก เวลาถูกร้องให้มีคนเขาบอกว่ามันชอบตีลูกแรง ๆ เด็กมันก็ไม่ได้อ่อนจนเกินไป...” (แม่ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

การดำรงบทบาทเป็นมารดา นับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดของแม่ทุกคน ซึ่งแม่วัยรุ่นหลายคนในการศึกษานี้สามารถดำรงบทบาทได้อย่างเหมาะสมตั้งแต่แรกคลอด โดยการเลี้ยงดูลูกด้วยน้ำนมตนเอง การเลี้ยงลูกด้วยตนเอง สังเกตการเปลี่ยนแปลงของลูก การพาลูกไปรับ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ทราบภาวะโภชนาการ และพัฒนาการของลูก รวมทั้งการดูแลบุคคลในครอบครัว การทำความสะอาดที่พักอาศัยในฐานแม่บ้าน สืบเนื่องจากการปรับตัวและการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม รวมทั้งโดยการเรียนรู้และสังสมประสบการณ์การเป็นแม่ตั้งแต่ยังไม่ตั้งครรภ์จากการช่วยญาติเลี้ยงดูบุตรหลาน ในขณะที่แม่บางคนไม่สามารถดำรงบทบาทแม่ได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากไม่ได้แสดงพฤติกรรมดังที่กล่าว อันเนื่องมาจากปัจจัยภายในบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมไม่เหมาะสม ทำให้ปรับตัวไม่ได้ ไม่รักลูก ไม่อยากเลี้ยงลูก ภาระหน้าที่ต่าง ๆ ที่ควรปฏิบัติตกเป็นภาระของญาติผู้ใหญ่ในครอบครัวทุก ๆ เรื่อง ทำให้ถูกตำหนิและเกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา เมื่อต้องเลี้ยงดูลูก แม่วัยรุ่นกลับทำร้ายลูก



ภาพที่ 7 แผนภูมิแสดงผลกระทบที่เกิดจากการเป็นแม่วัยรุ่นด้านเศรษฐกิจและสังคม

การปรับตัวของแม่วัยรุ่น

การวิจัยนี้แบ่งการปรับตัวออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านมโนคติ 3) ด้านบทบาทหน้าที่ 4) ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ผลการวิจัยปรากฏดังนี้

1. ด้านร่างกาย

แม่วัยรุ่นที่ให้สัมภาษณ์ส่วนมากมีการปรับตัวด้านร่างกายได้ดี เนื่องจากพบว่า ไม่มีแม่วัยรุ่นคนใดมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังรุนแรง สุขภาพแข็งแรงเกือบทุกคน คนที่เจ็บป่วยรุนแรงขณะคลอด เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาลก็หายเป็นปกติ มีหนึ่งคนที่รูปร่างผอมมากหลังคลอด เมื่ออาหาร มีภาวะโลหิตจาง ยังรับประทานยาบำรุงเลือดอยู่เป็นประจำ แต่สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ และควบคุมน้ำหนักให้คงที่ได้ อีกหนึ่งคนมีปัญหาเรื่องท้องผูกหลังคลอด ต้องกินยาระบายเป็นประจำ ในขณะที่ 2-3 คน ที่มีปัญหาเรื่องรูปร่าง ซึ่งก็ไม่ใช้การเจ็บป่วยที่รุนแรง โดย 3 คน น้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน แต่เป็นคนท้อง 1 คน อีก 2 คน รูปร่างท่วม ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“หนูก็แข็งแรงดี กินได้ นอนหลับ น้านมก็พอให้ลูกกิน... แต่รู้สึกว่ายังอ้วนไป คงเป็นเพราะกินเก่งตั้งแต่ท้อง... ชอบกินขนมหวาน ให้ลูกกินนมยังไม่พอมเลย อยากให้หมอแนะนำว่าทำอย่างไรถึงจะพอม...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“ตอนท้องกินเก่ง น้ำหนักขึ้นสิบกิโล หลังคลอดให้ลูกกินนมเดือนเดียวน้ำหนักตัวหายไปเยอะ ตัวขนาดนี้หนูก็พอใจแล้ว...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“...ก่อนหนูไม่ได้ตัวเล็กขนาดนี้ ไม่รู้ว่าเป็นอะไร หลังคลอดน้อง หนูเบื่้ออาหารเห็นอะไรก็ไม่อยากกิน บางครั้งอยากอาเจียน ไปหาหมอดตรวจก็ว่าไม่เป็นอะไร ให้ยามากินก็ไม่ดีขึ้น น้ำหนักหนูหายไปตั้งหลายกิโล ตอนนี้อายุยังซั้วเพราะน้ำหนักคงที่แล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“ตั้งแต่หนูคลอดน้องมา หนูท้องผูกมาตลอด ทั้งที่พยายามกินผักผลไม้ตามที่เขาแนะนำ... เมื่อก่อนหนูถ่ายทุกวัน พอคลอดน้องแล้ว สีหัววันถึงจะถ่าย อึดอัด แน่นท้องมาก ต้องกินยาระบาย...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“หลังผ่าอยู่โรงพยาบาล 2 วัน ก็กลับบ้านได้ หนูกับลูกก็แข็งแรงดี ตอนนี้อายุไม่มีปัญหาอะไร” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

2. ด้านมโนคติ

จากการประเมินภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า พบว่า แม่วัยรุ่นทุกคนมีระดับความเครียดที่อยู่ในระดับปกติ ไม่ต้องรับคำแนะนำหรือรับการรักษา รวมทั้งบางคนยังมีกลไกในการเผชิญกับความเครียดได้ดี บางคนสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยเป็นการแก้ปัญหา

ที่สาเหตุ สำหรับภาวะซึมเศร้า พบว่า มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่ต้องเฝ้าระวัง จำนวน 3 คน แต่ยังไม่ต้องบำบัด ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง มีหลายคนที่รับรู้ว่าคุณค่าในตนเองมีคุณค่าน้อย หลายคนมีความตั้งใจที่จะพัฒนาตนเองทั้งด้านการศึกษาและการประกอบอาชีพ มีเพียง 2-3 คน ที่รู้สึกว่าการประกอบอาชีพที่ผ่านมาไม่ดี แต่ก็ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรต่อไป ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม (ไม่มากไม่น้อยเกินไป) ทำให้แม่วัยรุ่นมีการปรับตัวด้านนี้ได้ดี เกิดความพึงพอใจในตนเอง ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“...ย่านบอกว่า ใครจะว่าอย่างไรก็ช่างเขา เพราะเรากินข้าวเรา ไม่ต้องสนใจชาวบ้าน... หนูว่าเป็นหนูก็ดีกว่าคนอื่นอีกเยอะ... หนูคิดของหนูอย่างนี้แหละ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“ที่แรกก็เสียใจแล้วก็เสียดาย... แต่พอมาคุยเพื่อนในกลุ่มหลายคนก็เป็นเหมือนหนู ก็เลยพอทำใจได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“เรื่องรูปร่างหน้าตาไม่อยากคิด แต่ตอนนี้ หนูว่าหนูพอมกว่าตอนคลอดน้องใหม่ ๆ แค่นี้ หนูก็ดีใจแล้วค่ะ...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

“ถึงพ่อแม่หนูจะไม่ได้อยู่ด้วยกัน แต่พ่อหนู อาหนู อาสะใ้วย่า แล้วก็ยังมีลูกพี่ช่วยหนู เลี้ยงลูก โดยเฉพาะอาหนูช่วยทุกอย่าง พาไปหางานทำ ช่วยค่านมหลาน... ก็เขาไม่มีลูกทั้ง ๆ ที่ แต่งกันมาหลายปี... แฟนหนูมันทำตัวแบบนี้หนูว่าไม่อยู่ด้วยกันดีกว่า เดี่ยวมันเอาเรื่องเด็กอื่น มาให้เหมือนตอนถูกจับปิ่น... หนูว่าอยู่อย่างนี้มีความสุขดี เพราะใคร ๆ ก็รักลูกหนู... ยังไม่ค่อย พอใจรูปร่างตัวเอง อยากจะลดลงอีกซัก 5 โล... แต่หนูก็ไม่ได้ซีเรียสมาก” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“...เรื่องเรียนไม่จบก็คงเสียใจ เพราะหนูเป็นลูกคนเดียว พ่อแม่เขาก็หวัง... พ่อแม่หนู ก็ไม่ได้ว่าอะไร เพราะแต่งงานกันแล้ว ตอนท้อง แม่หนูก็พาไปฝาก ไปคลอด ออกค่าคลอดให้หมด หนูไม่มีอะไรต้องกังวล แม่แฟนหนูก็มีบ่นบ้างแต่เขารักลูกหนู โดยเฉพาะปู่ตามใจมาก... ตอนนี้ ที่รู้สึกว่ายังไม่โอเคก็เรื่องน้ำหนักตัวนี้แหละ อยากจะลดซัก 10 โล หนูจะได้เหมือนเดิม จะได้ หางานดี ๆ ทำได้ง่าย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“หนูก็ยังคิดไม่ออกว่าจะเอาอย่างไรดี คงต้องรอให้คลอดลูกก่อน แล้วค่อยคุยกับแม่ กับยาย ใหม่” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

“ตอนนี้หนูท้องได้ 7 เดือนแล้ว แฟนไม่มาตั้งแต่รู้ว่าหนูท้อง หนูก็ไม่รู้เหมือนกันว่าจะทำอย่างไร” (นั่งก้มหน้าเงิบไปนาน) (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

3. ด้านบทบาทหน้าที่

แม้วัยรุ่นส่วนมากมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะการดำรงบทบาทเป็นมารดา เนื่องจากเติบโตมาจากครอบครัวขยาย ทำให้เกิดการเรียนรู้ โดยบางคนเกิดการเรียนรู้ก่อนที่จะเป็นแม่วัยรุ่น นอกจากบุคคลในครอบครัวก็ยังมีบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น แม่ตนเอง (กรณีที่อยู่คนละบ้าน) แม่สามี เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้ง อสม. ในชุมชน แต่ยังมีบางคนที่อาจจะยังขาดในบางเรื่อง ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“หนูเลี้ยงลูกได้อยู่แล้ว เพราะมีอะไรแม่ก็ช่วยตลอด แฟนหนูก็มึงงานทำแล้ว... ลูกก็มีร้องกวนบ้าง บางทีก็หงุดหงิด แต่หนูไม่เคยตีลูก” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“ถึงไม่ได้เลี้ยงลูกเอง แต่หนูก็ไปหาลูกบ่อย ก็บ้านแม่กับบ้านหนูไม่ได้ไกลกันมาก...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“อย่างที่บอกหมอว่าหนูลืมกินยาคุม แล้วก็ยังไม่อยากมี แคมเคยไปทำแท้งแต่ไม่ออก... แต่พอเห็นหน้าเขาก็ดีใจ ดีใจที่เขาปกติ... หมอเขาแนะนำว่าให้เลี้ยงอย่างไรหนูก็ทำตาม แต่มันก็ไม่มีน้ำนมให้ลูกกิน รู้สึกว่าเครียด คุณจนนมเป็นเลือด เขาก็กวนต้องอุ้มกันทั้งแม่ ทั้งย่า ตอนนั้น หนูก็ไม่ค่อยดี เบื่ออาหาร กินไม่ได้ ผอมเอา ผอมเอา ไปตรวจหมอก็อ่าไม่เป็นอะไร... พอลูกเปลี่ยนมากินนมผงที่เป็นนมถั่วเหลืองได้ ค่อยยังชั่ว น้ำหนักเขาก็ขึ้นดี ไม่เชื่อหมอลองไปดูที่เปลได้เลย โตเท่าเด็กรุ่นเดียวกัน...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“แม่เขาก็พอใช้ได้ เขาเลี้ยงของเขาเองส่วนมาก แต่ลูกชายเรานะซิ มันติดเพื่อน ชอบเที่ยวพูดมันก็ไม่ค่อยฟัง” (แม่สามีผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“หนูก็เลี้ยงเอง แต่พี่สะใภ้เขาช่วยบ้าง หนูก็พอเลี้ยงเป็น เพราะเคยเลี้ยงหลาน พอมาอยู่บ้านแฟนก็เลี้ยงคนเดียวเพราะแฟนหนูไปทำงาน กลับบ้านเย็น ๆ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

“หนูที่ตั้งใจเลี้ยงนะ ต้องเป็นแม่ที่ดี ให้ลูกกินนมตัวเอง งานบ้านก็ต้องทำ หุงข้าวหุงปลา ให้คนไปทำงานเค้ากิน... มันก็ท้อเหมือนกัน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

“แต่ตอนเห็นลูกครั้งแรกดีใจค่ะ... มันมีปัญหาตอนเลี้ยง เวลาลูกหนูร้องมาก หนูเครียดประสาทจะเสีย... อุ้มก็ไม่เจิบ หนูรู้สึกว่าโม โหลูก หงุดหงิดกับทุกคน เลยพาลด่าแฟนไปด้วย แล้วก็ขับรถออกไปจากบ้าน ใครดูก็ดูไป หนูไม่ไหวแล้ว พักใหญ่ ๆ ค่อยกลับมาดูใหม่... ลูกหนูเลี้ยงเองจะส่วนมาก เพราะพ่อแม่หนูเขาก็งานเยอะ... กลางคืนตอนออกไปตัดยางหนูยังเอาลูกหนูใส่ท้ายรถไปด้วยเลย เอาไปไว้ในสวนยาง ให้ออนอยู่อย่างนั้น พอตัดเสร็จก็กลับพร้อมกัน... เวลาหนูไปไหนก็เอาไปด้วย ถ้าเข้าโรงเรียนก็คงสบายกว่านี้... เมื่อก่อนไม่เคยทำงาน พอมีลูกอยากเก็บเงินไว้ให้ลูก อยากลูกให้เรียนสูง ๆ ...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, สัมภาษณ์, 19 ตุลาคม 2557)

“ไม่ยอมมี แต่พอมีก็ไม่คิดทำแท้ง ตอนคลอดเห็นหน้าลูกก็ดีใจ ดีใจที่ลูกแข็งแรง เพราะคลอดก่อนกำหนด หลังคลอดก็เลี้ยงเอง แต่แม่ช่วยเลี้ยงจริง ๆ หนึ่งเดือน กินนมหนูสองเดือน ไม่มีน้ำนม ก็เลยให้นมผงด้วย ไป ๆ ก็เลยไม่มีน้ำนม หนูเลี้ยงเองเกือบทุกวัน แม่เลี้ยงให้วันอาทิตย์ ที่หนูไปเรียน กศน. ลูกหนูเลี้ยงไม่ยาก ไม่เคยป่วยหนัก ไม่กวน ไม่อแง... หนูพาไปฉีดวัคซีนเอง... น้ำหนักเขาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตอนนี้หนัก 10 กิโลพอดี ตรวจพัฒนาการแล้วปกติ” (ผู้ให้ข้อมูล รายที่ 17, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

แม่วัยรุ่นบางคนไม่สามารถแสดงบทบาทหน้าที่ความเป็นแม่ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ไม่เลี้ยงลูกหรือต้องเลี้ยงดูเนื่องจากไม่มีใครช่วยเหลือ และฐานะการเงินของครอบครัวไม่เอื้อต่อการจ้างผู้เลี้ยง ดั่งตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลและการสังเกตของผู้วิจัยดังนี้

“ให้ไปฉีดวัคซีนมันก็ไม่ไป... ตอนนี้อยู่ลูกคนที่ 2 ได้ 7 เดือนแล้ว ให้ไปฝากท้องก็ไม่ไป เงินทองก็ไม่ต้องเสีย อนามัยก็อยู่แค่นี้เอง ลูกก็ไม่ค่อยต้องเลี้ยง มันอยู่เฉยได้ทั้งวัน ฉันทก็ไม่รู้เอาอย่างไรกับมัน” (แม่ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“ตอนกลับมาอยู่บ้านที่แรกไปอยู่บ้านป้า... แกก็ช่วยเลี้ยง ช่วยบอกวิธีเลี้ยง... แล้วก็มาอยู่ที่บ้านนี้... หนูไม่เคยอ่านสมุดสีชมพู ไม่รู้ว่าต้องดูตรงไหน ไม่รู้เหมือนกันว่าลูกหนูน้ำหนักพอดีหรือเปล่า... พัฒนาการก็ไม่เคยทำ ไม่รู้ว่าฉีดวัคซีนอะไรไปบ้าง จำไม่ค่อยได้ว่าหมอนัดวันไหนไปฉีดนัดเรื่อย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557) ในแม่วัยรุ่นรายนี้ ผู้วิจัยพบว่า บ้านที่พักอาศัย ลักษณะเป็นบ้านคอนกรีตชั้นเดียว บริเวณรอบบ้านรกและสกปรกมาก ต้นหญ้าขึ้นปกคลุมโดยรอบบ้าน มีเศษขยะทั้งในและนอกบ้าน อุจจาระและปัสสาวะเด็กเรี่ยราด รวมทั้งเสื้อผ้าสิ่งของเครื่องใช้วางระเกะระกะทั่วพื้นบ้าน ส่งกลิ่นเหม็นมาก แม่วัยรุ่นกำลังเล่นแท็บเล็ตอยู่กับลูกในห้องนอนที่ค่อนข้างสกปรก ลูกของแม่วัยรุ่นอแงมาก ร้องเอาและร้องคันสั้งของผู้วิจัยถือไปด้วย

4. ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน

ด้านการพึ่งพากันหรือการสนับสนุนทางสังคมนับว่าสำคัญที่สุด แม่วัยรุ่นทุกคนที่ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวทั้งสิ้น เพราะทุกคนอยู่กับญาติของตนเองหรือญาติสามี ไม่มีคนใดเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยวที่อยู่ลำพังกับลูก หรือเคยนำลูกไปฝากเลี้ยงตามสถานสงเคราะห์ ในด้านนี้จึงพบว่า แม่วัยรุ่นเกือบทุกคนปรับตัวด้านนี้ได้ ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“เรื่องการดูแลเด็ก หมอที่ตีก็คลอดเขาสอนมาหลายอย่าง ตั้งแต่การอาบน้ำ การให้กินนม การเช็ดสะดือ เช็ดตา กลับมาบ้าน แม่ทำให้ดูอีก หนูก็เลยพอทำเป็น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“วิธีเลี้ยงลูกหรือ ตอนอยู่โรงพยาบาลหมอบอกก็สอนมาบ้างว่าอาบน้ำอย่างไร แล้วเขาก็ให้เราฝึกตาม หนูก็ทำได้แต่ไม่คล่อง กลับมาอยู่บ้านแม่ แม่ก็ทำให้ดูอีก หลังจากนั้น หนูก็ทำเองเป็น... แต่ส่วนมากแม่จะทำมากกว่า... ถ้าไม่ได้แม่ช่วยหนูแน่แน่...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“หนูไม่เคียดรื้อน เพราะพ่อหนูเค้าคอยดูแลและซื้อให้ตลอด รวมทั้งแพมเพิสด้วย นี่ขนาดแค่ 6 เดือน ยังกินอาทิตย์ละกระป๋องกว่า ถ้าโตกว่านี้คงก็เปลืองกว่านี้เยอะ... แม่หนูมาช่วยเลี้ยงลูกเวลารว่าง... หนูโตมากับยา แกดำแก่งแต่ใจดี แกสอนหนูทุกอย่างรวมทั้งการเลี้ยงลูกด้วย...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“ตอนไปคลอดที่โรงพยาบาล แม่หนูลงงานไปเฝ้า... พอได้กลับบ้านก็มาอยู่บ้านแฟน เพราะบ้านแม่เป็นบ้านเช่าแคบกว่าที่นี่... พยาบาลที่ติดคลอดสอนมาบ้าง แต่ตอนกลับบ้านหนูยังทำไม่คล่อง กลับมาบ้าน แม่แฟนสอนบ้าง ทำให้บ้าง... บางเรื่องหนูก็โทร ไปตามแม่หนู... พ่อแม่แฟนใจดีคะ ช่วยเหลือทุกอย่างทั้งหนูกับลูก... แม่หนูก็ส่งเงินให้ใช้ทุกเดือน... แฟนหนูแรก ๆ ก็ช่วยดีมาระยะนี้ชักทะเลาะกันบ่อยเพราะเขาติดเที่ยว... แม่เขาก็ไม่ว่าอะไร” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, สัมภาษณ์, 11 ตุลาคม 2557)

“เย็น ๆ กลับมาเขาก็ช่วยเลี้ยง พ่อแม่แฟนหนูเขารักหลานมากคะ เพราะที่บ้าน ไม่มีเด็กที่ไหนนอกจากลูกหนู เวลาเจ็บป่วยก็ช่วยกันดู ตอนนี้ลูกหนูกำลังเป็นตาแดง... หนูว่าอย่างนี้ก็ดีแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

“บ้านแฟนหนูไม่มีอะไร ก็ยังดีที่พ่อแม่หนูเค้าแบ่งสวนยางกับสวนผลไม้ให้ แล้วเขาก็ให้ทำกินกันเอง แต่แฟนหนูมันทำงานเก่ง ช่วยกันทำกิน ถ้าหากเรื่องงานแต่ไม่ลำบากเรื่องเงิน... รายได้พอใช้... ตอนนี้ฝากขายไว้ที่บ้านเพราะ โตแล้วเกาะเดินได้แล้ว กลัวเขาเดินครถ... กลับมาจากตัดยาง หนูกับพ่อมันก็ดูกันเอง เพราะแม่กับพ่อเค้าก็มีธุระไปไหน ๆ ทุกวัน...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, สัมภาษณ์, 19 ตุลาคม 2557)

“ดีที่ไม่ต้องจ่ายค่าคนเลี้ยง แถมยังช่วยดูบ้านให้ด้วย... ไม่งั้นหนูแน่เลย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

“...ตอนกลางวันที่เขาไปเรียนหนังสือ ฉันเป็นคนเลี้ยง ตอนเย็น ๆ กลางคืนพ่อแม่เขาเลี้ยงเอง พ่อเขาเลี้ยงเก่งกว่าแม่ซะอีก” (แม่ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16, สัมภาษณ์, 23 ตุลาคม 2557)

ในขณะที่แม่วัยรุ่นบางคนที่ได้รับการสนับสนุนที่ไม่เหมาะสม ทำให้ปรับตัวได้ไม่ดี ดังตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“แม่ฉันต้องทำงานหนัก เจ็บป่วยยังไม่มีเวลาไปหาหมอ ฉันเห็นว่าฉันไม่ค่อยดูถูก
สงสารเล่นก็เลยเอามาเลี้ยงเอง... ให้มันทำอะไรมันก็ไม่จริงจั่ง ขายของก็ขาย ๆ หยุต ๆ ... ก็ให้มัน
ช่วยบ้างเวลาไปไหนมาไหน” (ยายของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, สัมภาษณ์, 18 ตุลาคม 2557)

การปรับตัวของแม่วัยรุ่นเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากลำบาก โดยเฉพาะแม่วัยรุ่นที่ไม่มี
ความพร้อมในที่จะมีลูก ประกอบกับมีพัฒนาการในช่วงวัยรุ่นที่ไม่ดี และการสนับสนุนทางสังคม
ที่ไม่เหมาะสม แต่แม่วัยรุ่นหลายคนในการศึกษานี้มีการปรับตัวได้ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาพกาย
แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยรุนแรงหรือเรื้อรังจนรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน พอใจในรูปร่างตนเอง
ไม่เครียด ไม่วิตกกังวลจนเกิดปัญหา รับผิดชอบเลี้ยงดูบุตรได้ด้วยตนเอง ดูแลบุตรให้มีสุขภาพดี
ทั้งกายและใจ มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวและสังคมรอบข้าง ช่วยเหลืองานในครอบครัว
ได้ในระดับที่เหมาะสม ในขณะที่แม่วัยรุ่นบางคนปรับได้แต่ไม่ครบทุกด้าน โดยยังมีความวิตกกังวล
หรือไม่พอใจในบางเรื่อง แม่จะเลี้ยงดูลูกด้วยตนเองแต่ก็ยังขาดการเอาใจใส่ที่ดี และสุดท้าย
แม่บางคนแทบจะปรับตัวไม่ได้ในทุกด้าน มีการตั้งครรภ์ซ้ำและแยกทางกับสามี ส่งผลให้ทั้งตัวแม่
และคนในครอบครัวรู้สึกว่ามีปัญหากับการเป็นแม่วัยรุ่นเป็นอย่างมาก

แนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น

การวิจัยในส่วนนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม ซึ่งแบ่งการสนทนากลุ่ม
ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. การสนทนากลุ่มแม่วัยรุ่น เพื่อศึกษาความต้องการการช่วยเหลือในแม่วัยรุ่น
โดยประกอบด้วย แม่วัยรุ่น จำนวน 5 คน ทำการสนทนากลุ่มที่บ้านแม่วัยรุ่นในชุมชน ตำบลชากบก
เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2557 มีผลการสนทนากลุ่มดังนี้

1.1 ด้านการศึกษา

แม่วัยรุ่น ซึ่งส่วนมากเป็นผู้ที่กำลังศึกษาเล่าเรียนและยังไม่จบชั้นสูงสุดของการศึกษา
ในระดับนั้น ๆ แม่วัยรุ่นหลายคนต้องการเรียนต่อให้จบชั้นสูงสุดเพื่อนำวุฒิการศึกษาไปเรียนต่อ
หรือสมัครทำงาน แม่วัยรุ่นบางคนต้องการเรียนต่อในระบบแต่ต้องประสบปัญหา เช่น ไม่สามารถ
กลับไปเรียนต่อที่โรงเรียนเดิม เพราะอายุเพื่อนและทนต่อแรงกดดันของคนรอบข้างไม่ได้ ทำให้
ต้องออกจากโรงเรียน ดังข้อมูลตัวอย่างจากผู้ร่วมสนทนากลุ่มดังนี้

“หลังคลอดลูกได้หนึ่งเดือนหนูกลับไปเรียนต่อชั้นเดิมกับรุ่นน้อง แต่เพื่อนในห้อง
ที่เป็นรุ่นน้องบางคนชอบพูดแซวเรื่องหนูมีลูกแล้ว และก็ไม่ค่อยมีเพื่อนพูดด้วย เพื่อนเก่า ๆ บางคน
ก็ไม่ค่อยคุย หนูรู้สึกว่ามีอึดอัด มีแต่เพื่อนที่ออกจาก โรงเรียนเหมือนหนูมาเยี่ยมมาคุยที่บ้าน เรียนอยู่
เดือนกว่า ๆ หนูก็เลยไม่ไป” (แม่วัยรุ่น, สนทนากลุ่ม, 4 ธันวาคม 2557)

“ที่จริงหนูอยากไปเรียนต่อเพราะอยากได้วุฒิ ม.3 เอาไว้ไปสมัครงาน แต่เพื่อนกลุ่มเดียวกับหนูที่มันเคยกลับไปเรียน มันบอกว่า อยู่ยากแกล ถ้าไม่ทนจริง ๆ ไม่รอด มันก็ทนไม่ไหว เพราะการบ้านก็เยอะ แล้วกลับมาบ้านลูกก็กวน เพื่อนก็ไม่เหมือนเดิม เรียน กศน.เวิร์กกว่า...” (แม่วัยรุ่น, สนทนากลุ่ม, 4 ธันวาคม 2557)

แม่วัยรุ่นต้องการให้ครูอาจารย์สนใจ ให้กำลังใจ และพูดให้เพื่อนเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น บางคนต้องการย้ายที่เรียน โดยไม่ต้องการให้เพื่อนใหม่ทราบภูมิหลังของตนเอง ในขณะที่แม่วัยรุ่นบางคนให้ความเห็นว่า การศึกษานอกระบบเหมาะสมกับแม่ที่ต้องเลี้ยงลูก เพราะใช้เวลาเรียนเพียงสัปดาห์ละ 1 วัน และระยะเวลาในการเรียนก็สั้นกว่าการเรียนในระบบ เป็นการรบกวนเวลาของผู้ที่ช่วยเลี้ยงลูกในขณะที่แม่วัยรุ่นต้องใช้เรียนไม่มาก ทำให้กระทบต่อการประกอบอาชีพของคนในครอบครัวไม่มาก และวุฒิการศึกษาสามารถนำไปประกอบการสมัครงานได้เช่นกัน ดังข้อมูลของผู้ร่วมสนทนากลุ่มดังนี้

“หนูเองไม่ได้เรียนต่อ แต่เพื่อนหนูคนหนึ่งเป็นเด็กเรียน แต่มันพลาด พอคลอดน้องเสร็จก็กลับไปเรียนต่อที่ห้องเดิม โชคดีเพราะคลอดตอนปิดเทอม อาจารย์ที่ปรึกษาแกลดี คอยปรามเพื่อนไม่ให้วุ่นวายมาก ก็เลยได้เรียนจนจบ ม.3 แต่ก็ได้แค่นั้น เพราะมันไม่ได้ต่อ ม.ปลาย” (แม่วัยรุ่น, สนทนากลุ่ม, 4 ธันวาคม 2557)

“หนูย้ายโรงเรียนหลังมีน้อง แต่เพื่อนที่โรงเรียนใหม่ ไม่รู้มันรู้ได้อย่างไรว่าหนูมีลูก มันล้อแล้วก็ไม่คบกับหนู หนูทนไม่ไหวก็เลยออก เอาไว้ให้ลูกหนูเข้าโรงเรียนก่อน อาจจะไปเรียน กศน.” (แม่วัยรุ่น, สนทนากลุ่ม, 4 ธันวาคม 2557)

“อาจารย์เขาโทรมาบอกว่า หลังคลอดน้องแล้วให้กลับไปเรียนต่อ แต่พอหลังคลอดหนึ่งเดือนหนูเลือกกลับไปเรียนต่อที่ กศน.แทน... ตอนนี้เหลืออีกเทอมเดียวก็จะจบ ม.6... ไปเรียนต่อที่โรงเรียนไม่สะดวก เพราะไม่มีใครเลี้ยงลูกหนู แต่ถ้าเป็น กศน. แคว้นอาทิตย์วันเดียวแม่หนูดูให้ได้” (แม่วัยรุ่น, สนทนากลุ่ม, 4 ธันวาคม 2557)

1.2 ด้านสุขภาพ

แม่วัยรุ่นหลายคนฝากครรภ์ช้า ทำให้ไม่ได้รับความรู้ในระหว่างตั้งครรภ์ตามโปรแกรมของการฝากครรภ์ การอยู่โรงพยาบาลในขณะคลอดก็เป็นระยะเวลาสั้น ๆ เพียง 1-3 วัน ได้รับคำแนะนำในเรื่องต่าง ๆ จำนวนมาก และสุขภาพในช่วงหลังคลอดของแม่ค่อนข้างอ่อนเพลีย บางคนยังมีความรู้สึกที่ค่อนข้างสับสน ทำให้การรับรู้ไม่ดี จดจำเรื่องต่าง ๆ ได้ไม่ดี ในบางเรื่องที่ต้องใช้ทักษะก็ยังไม่ได้ฝึกปฏิบัติ เมื่อกลับมาอยู่บ้านจึงปฏิบัติไม่ได้ แม่วัยรุ่นหลายคนจึงขาดความรู้และทักษะในการเลี้ยงลูก แม่วัยรุ่นต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมหลังคลอดเพื่อให้คำแนะนำในการเลี้ยงลูก การดูแลตนเอง ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ แนะนำแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ

ที่นอกเหนือจากครอบครัว ในขณะที่พ่อแม่ผู้ปกครองหรือญาติผู้ใหญ่สอนให้แม่วัยรุ่นปฏิบัติที่แตกต่างจากความรู้ที่แม่วัยรุ่นได้รับจากนุกลการสาธารณสุข ทำให้แม่วัยรุ่นเกิดความสับสนและคับข้องใจ แม่วัยรุ่นจึงต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำกับพ่อแม่ผู้ปกครองหรือญาติผู้ใหญ่โดยตรงหรือแนะนำพร้อมๆกับตนเอง เพื่อลดความขัดแย้งและการถูกดำเนินเรื่องต่าง ๆ เช่น การงดของแสดง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว โดยให้มีการเยี่ยมและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ปัญหา ดังข้อมูลตัวอย่างจากผู้ร่วมสนทนากลุ่มดังนี้

“หมอบอกว่าหนูไปฝากท้องช้า เลยไม่ได้เข้าโรงเรียนพ่อแม่ เหมือนคนที่ไปฝากเร็ว... ตอนไปคลอด หมอที่ห้องคลอดเขาก็สอนหลายเรื่อง ทั้งการให้ลูกคุณนมอย่างถูกวิธี ประโยชน์ของนมแม่... จำได้บ้าง ไม่ได้บ้าง เพราะมันเจ็บแผลแล้วก็เพลียด้วย อย่างอาบน้ำ ทำหนเดียวยังไม่คล่องก็กลับบ้านแล้ว พอมาบ้านแม่ก็ให้ทำอีกอย่าง หนูเลยง...” (แม่วัยรุ่น, สนทนากลุ่ม, 4 ธันวาคม 2557)

“หมอกับแม่เห็นไม่ตรงกัน พอหมอบอกว่าหมอให้ทำอย่างนี้แม่ก็ไม่ยอม แกว่าลูกก็เลี้ยงมึงมาแบบนี้... หนูอยากให้หมอมายเยี่ยมแล้วบอกแม่เอง แกจะได้เลิกตำหนุ” (แม่วัยรุ่น, สนทนากลุ่ม, 4 ธันวาคม 2557)

“แม่ชอบว่าหนูเลี้ยงลูกไม่ดี ลูกกินนมไม่อิ่ม ปล่อยให้ลูกร้องไห้ แล้วแกก็เอานมขวดมาให้ลูกกิน หนูก็ไม่ว่าอะไร แกมคนแก่แถวบ้านบอกว่าเด็ก 3 เดือน ต้องกินกล้วย กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน อย่างเดียวไม่พอ หนูก็พูดไม่ออก พอหมอมายเยี่ยมบ้านบอกแก แกก็เลยฟังบ้าง” (แม่วัยรุ่น, สนทนากลุ่ม, 4 ธันวาคม 2557)

แม่วัยรุ่นบางคนมีผู้ให้การสนับสนุนในการเลี้ยงดูลูกอย่างจำกัด เนื่องจากญาติที่ใกล้ชิดต้องประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาเลี้ยงดูคนในครอบครัว แม่วัยรุ่นบางคนให้ลูกกินนมผสม เพราะไม่มีน้ำนม แต่นมผสมราคาแพง ทำให้บางครอบครัวไม่มีกำลังทรัพย์ในการซื้อ จึงต้องให้อาหารเสริมเร็วกว่ากำหนดหรือให้กินนมชนิดอื่นแทน ดังข้อมูลตัวอย่างจากผู้ร่วมสนทนากลุ่มดังนี้

“ที่จริงหนูไม่อยากจะกินนมขวด เพราะหนูก็อยู่บ้านเลี้ยงลูกเอง แต่นมหนูไม่พอกินจริง ๆ คุณจนหัวนมแตก แสบ ไปหมด ก็เลยต้องให้กินนมขวดคู่กับนมแม่ แม่หนูว่าถ้าไม่ไหวก็ต้องให้กินกล้วยตอน 4 เดือน และพอโตหน่อยก็อาจจะต้องเปลี่ยนนม หนูเห็นบางคนเขาได้รับแจกนมผง หนูยังเคยถามเขา แต่เขาบอกว่าตัวเขาเป็นดับอีกเสบหมอบอกห้ามกินนมอก (นมแม่) หมอเขาถึงแจกให้ หนูเองไม่เท่าไร แต่พี่สะใภ้หนูเขามีลูกแฝด บ้านเขาก็ไม่ค่อยมี แบบนี้หมอมีนมแจกไหมคะ แล้วจะไปขอรับได้ที่ไหน” (แม่วัยรุ่น, สนทนากลุ่ม, 4 ธันวาคม 2557)

สำหรับการคุมกำเนิด พบว่า แม่วัยรุ่นที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มทุกคนไม่ต้องการตั้งครรภ์ซ้ำ แต่บางคนไม่สะดวกกับการไปรับบริการคุมกำเนิดชนิดชั่วคราว ซึ่งต้องไปรับบริการค่อนข้างบ่อย

และถ้าเป็นยาเม็ดคุมกำเนิดก็ต้องกินยาทุกวันทำให้เบื่อ ไม่อยากกินยา หรือบางวันก็ลืมกิน แม่วัยรุ่นนต้องการให้โรงพยาบาลที่ให้บริการทำคลอดมีบริการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร เช่น ยาฝังคุมกำเนิด ซึ่งให้ระยะเวลาการคุมกำเนิดนาน โดยให้บริการเมื่อนัดมาตรวจหลังคลอดหรือเมื่อพาลูกมารับวัคซีน ดังข้อมูลตัวอย่างจากผู้ร่วมสนทนากลุ่มดังนี้

“แค่คนเดียวก็แยแล้ว ยังไม่อยากมีอีก แต่หนูกลัวเจ็บ แล้วก็ขี้เกียจกินยาคุม แกรมขี้ลึ้มด้วย ถ้าเป็นยาฝังก็ดี หนูเห็นแม่หนูฝังตั้ง 2 ครั้ง เป็น 10 ปี ไม่เห็นเป็นอะไร แกรมประจำเดือน ก็ไม่มา ประหยัดค่าผ้าอนามัยด้วย” (แม่วัยรุ่นน, สนทนากลุ่ม, 4 ธันวาคม 2557)

“ต้องคุมที่ตัวเอง เพราะแฟนหนูไม่ชอบใช้ถุงยาง หนูยังไม่อยากมีตอนนี้ยังไม่พร้อม ความจริงคนนี้ก็ยังไม่อยากมี แต่เข่าว่ากินยาคุมแล้วน้ำหนักขึ้น หนูก็เลยคิดแทน แต่หนูกลัวเจ็บ กลัวเจ็บ เพราะต้องฉีดทุก 3 เดือน” (แม่วัยรุ่นน, สนทนากลุ่ม, 4 ธันวาคม 2557)

1.3 ด้านรายได้และการประกอบอาชีพ

แม่วัยรุ่นนทุกคนต้องการมีรายได้เป็นของตนเอง แต่มีปัญหาในเรื่องคนที่จะเลี้ยงดูลูก แม่วัยรุ่นนบางคนจึงให้ลูกกินนมผสมแทนนมตนเองและให้ญาติผู้ใหญ่เลี้ยงดูแทน โดยตนเองออกไปทำงานนอกบ้าน ซึ่งแม้ว่ารายได้จะไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงดูลูก แต่ก็ยังมีเงินสำหรับการใช้จ่ายส่วนตัว ทำให้รู้สึกที่ไม่ต้องพึ่งพาคนในครอบครัวทุกครั้ง ในขณะที่แม่บางคนสามารถเลี้ยงดูลูกและทำงานไปพร้อม ๆ กัน โดยพึ่งพาญาติผู้ใหญ่ไม่มาก เช่น แม่วัยรุ่นนที่ทำสวนยางพารา เนื่องจากเป็นการทำงานตอนกลางคืนในช่วงที่ลูกหลับ ดังข้อมูลตัวอย่างจากผู้ร่วมสนทนากลุ่มดังนี้

“พอคลอดน้องได้ 4 เดือน หนูก็ให้อาพาไปสมัครงานที่โรงงานที่อาทำอยู่ ให้ยายทวด ช่วยเลี้ยงหลาน... รายได้หนูไม่พอเลี้ยงลูกหรอกค่ะ บางทีก็ขอยืมยาย ส่วนมากอาจจะช่วย แต่มันยังรู้สึกดีที่ไม่ต้องขอยายหรืออาทุกครั้ง หนูว่าคนอื่น ๆ ก็คงจะคิดเหมือนหนู ถ้ามีงานมาให้ทำที่บ้าน หรือใกล้บ้านก็จะดีมาก จะได้ไม่ต้องกลับบ้านมืด ๆ ค่ำ ๆ มีเวลาอยู่กับลูกบ้าง ทุกวันนี้ก็จะถึงบ้าน ลูกก็หลับแล้ว” (แม่วัยรุ่นน, สนทนากลุ่ม, 4 ธันวาคม 2557)

“พอแต่งงานกัน พ่อแม่หนูก็แบ่งสวนยางให้ หนูกับแฟนก็ช่วยกันทำ... หลังคลอด เวลาตัดยางหนูก็เอาลูกใส่รถไปด้วย ตัดไปฟังเสียงลูกไป ฝนไม่ตกก็เอามุ้งครอบไว้ทำบรด ถ้ากลัวฝนตกก็เอาไว้หน้ารถ ตอนนี้เดินเก่งเลยต้องฝากยายไว้ที่บ้าน... หนูว่าพวกเราต้องมีรายได้เป็นของตัวเอง เพราะมีครอบครัวแล้ว จะไปขอพ่อแม่เหมือนเมื่อก่อนไม่ได้ แต่ถ้าไม่มีสวนยางให้ตัด เหมือนหนูก็น่าจะต้องหาอะไรทำ แต่หนูก็คิดไม่ออกว่าจะทำอะไร เพราะแต่ละคนไม่เหมือนกัน” (แม่วัยรุ่นน, สนทนากลุ่ม, 4 ธันวาคม 2557)

1.4 ด้านการสงเคราะห์จากภาครัฐ

แม่วัยรุ่นและครอบครัวไม่สามารถเลี้ยงดูลูกที่เกิด ต้องการสถานที่พักอาศัย ซึ่งให้การดูแลและลูก โดยไม่มีค่าใช้จ่าย และต้องการฝึกอาชีพหรือมีรายได้จากการทำงาน ในขณะที่พักพิงอยู่ในสถานที่ดังกล่าว ดังข้อมูลตัวอย่างจากผู้ร่วมสนทนากลุ่มดังนี้

“ถ้าเลี้ยงลูกไม่ได้เพราะต้องทำกิน แล้วก็ไม่มีคนช่วยเลี้ยง แล้วจะทำอย่างไร และยังไม่อยากทิ้งลูก หมอช่วยแนะนำที่ฝากเลี้ยงแบบไม่เสียเงินหน่อยซี” (แม่วัยรุ่น, สนทนากลุ่ม, 4 ธันวาคม 2557)

“ถ้าไม่มีคนดูแล หนูเคยได้ยินว่า เขามีสถานสงเคราะห์แม่และเด็ก แต่หนูก็ไม่รู้ว่าอยู่ที่ไหนเหมือนกัน ก็ต้องถามผู้ใหญ่บ้านหรือ ไม่ก็หมอที่อนามัยหรือ โรงพยาบาลดูก็น่าจะรู้ น่าจะกินฟรีอยู่ฟรีเพราะแม่ลูกอ่อนเลี้ยงลูกเองทำอะไรก็ไม่สะดวก แต่หนูน่าน่าจะฝึกอาชีพก็ได้ เวลาออกไปจะได้มีอาชีพติดตัว” (แม่วัยรุ่น, สนทนากลุ่ม, 4 ธันวาคม 2557)

เมื่อพิจารณาปัญหาและความต้องการ พบว่า แม่วัยรุ่นต้องการรับการช่วยเหลือ ด้านการศึกษา ในเรื่องการเรียนต่อจนจบชั้นสูงสุด จากเหตุผลของการประกอบอาชีพในอนาคต ส่วนในด้านสุขภาพ แม่วัยรุ่นต้องการความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องการดูแลสุขภาพลูก และตนเอง รวมทั้งชี้แจงให้ญาติผู้ใหญ่ในครอบครัวได้รับทราบไปในแนวทางเดียวกัน นอกจากนี้ การสนับสนุนความรู้และทักษะ นมผสมก็เป็นสิ่งที่แม่วัยรุ่นต้องการรับการสนับสนุน ในกรณีที่ต้องซื้อนม เนื่องจากนมผสมมีราคาแพง ด้านการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสมก็เป็นบริการที่แม่วัยรุ่นต้องการ ด้านรายได้และการประกอบอาชีพ พบว่า แม่วัยรุ่นต้องการประกอบอาชีพ เพื่อลดการพึ่งพาเงินทองของคนในครอบครัว แต่ก็ประสบปัญหาเรื่องคนที่จะช่วยเลี้ยงดูลูก และถ้าเกิดความยากลำบากอย่างมากในการดำรงชีวิต ไม่มีคนให้การช่วยเหลือ ก็ต้องการเงินสนับสนุนที่ไม่ต้องจ่ายคืนหรือไม่คิดดอกเบี้ย รวมทั้งสถานสงเคราะห์ชั่วคราวหรือถาวรสำหรับแม่และลูกกรณีที่ไม่มีที่พึ่งพา

2. การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแม่และเด็ก เพื่อศึกษา แนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น จำนวน 10 คน (รายชื่อในภาคผนวก) เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2557 เวลา 10.00-12.15 น. ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง มีผลการสนทนากลุ่มดังนี้

2.1 ด้านการศึกษา

โรงเรียนทุกแห่งให้การศึกษากับแม่วัยรุ่นที่ต้องการเรียนต่อทั้งในขณะตั้งครรภ์และ ภายหลังการคลอดบุตร โดยไม่มีเงื่อนไข เนื่องจากเป็นพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ แต่นักเรียน ที่เป็นแม่วัยรุ่นส่วนมากไม่กลับมาเรียนต่อ ด้วยสาเหตุที่สำคัญ คือ มีภาระในการเลี้ยงดูบุตรที่เกิดขึ้น

โดยโรงเรียนมีระบบการช่วยเหลือดูแลนักเรียนที่มีปัญหาอย่างใกล้ชิด โดยการพูดคุยกับนักเรียนและผู้ปกครองที่โรงเรียน มีการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินปัญหา สาเหตุ และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ครู อาจารย์ประจำชั้น เป็นผู้ที่มีความสำคัญในการดูแลนักเรียน โดยการช่วยเหลือให้คำปรึกษา แนะนำ และแก้ปัญหา ทำให้นักเรียนยอมรับตนเองและเกิดความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ ทำให้เพื่อนในห้องเข้าใจและเกิดความเห็นใจ ดังข้อมูลตัวอย่างจากผู้ร่วมสนทนากลุ่มดังนี้

“...เมื่อมีเหตุการณ์ทางโรงเรียนเราให้เขาเรียนต่อ แต่เด็กเลือกที่จะหายไปเฉย ๆ เราก็ตามจนถึงบ้าน ไปคุยกับพ่อแม่ น้อง... ครูประจำชั้นต้องเป็นทั้งพ่อและแม่ของเด็ก เพราะเด็กบางคนไม่มีพ่อแม่ บางคนมีพ่อแม่แต่พ่อแม่ไม่มีเวลาให้ลูก แต่ครูประจำชั้นมีเวลาอยู่กับเด็กทั้งวัน” (อาจารย์แนะแนว, สนทนากลุ่ม, 9 ธันวาคม 2557)

“ผมเป็นครูประจำชั้นเหมือนกัน ต้องใช้เวลาพอสมควร และต้องสนใจอย่างจริงจังในห้องผมมีก็ปัญหาแบบนี้เลย เพื่อนผู้หญิงในห้องเป็นคนชวนไปเที่ยวแล้วก็เกิดเหตุ ทีแรกเด็กก็จะไม่เรียนต่อ ผมต้องพูดโน้มน้าวให้กลับมาเรียนต่อ ไปพูดกับพ่อแม่จนยอมรับและคิดว่าต้องทำอะไรนี่ถึงจะอยู่ได้ใกล้เคียงปกติที่สุด ต้องทำให้เพื่อนในห้องเข้าใจ เห็นใจ ตอนนี้อยู่คนเดียวและยังเรียนอยู่ พ่อแม่ น้องช่วยเหลือน้องมาก เพื่อน ๆ ในห้องก็ดี แต่คนที่พาไปโกรธกัน... ที่โรงเรียนผมชั้นเรียนเล็ก นักเรียนแค่ 22 คน เด็ก ๆ เข้าสนิทกัน บางคนก็เป็นญาติกัน” (อาจารย์ประจำชั้น, สนทนากลุ่ม, 9 ธันวาคม 2557)

นักเรียนที่ไม่สามารถทนต่อแรงกดดันที่เกิดขึ้นจากเพื่อน ทางโรงเรียนมีการประสานงานกับโรงเรียนที่อยู่ใกล้ ๆ เพื่อให้นักเรียนย้ายไปเรียนที่ใหม่ และมีการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลที่เหมาะสม ดังข้อมูลตัวอย่างจากผู้ร่วมสนทนากลุ่มดังนี้

“โรงเรียนเราเป็นโรงเรียนประจำอำเภอ ถ้ามีเด็กท้องหรือคลอดในโรงเรียน และถ้าเด็กหรือผู้ปกครองอยากย้ายเราก็จะติดต่อโรงเรียนให้ด้วย... แต่พอไปแล้ว เราไม่ได้ติดตามว่าเขาไปได้ตลอดรอดฝั่งก็คน ต่อไปคงต้องตาม” (อาจารย์แนะแนว, สนทนากลุ่ม, 9 ธันวาคม 2557)

2.2 ด้านการสาธารณสุข

การคลอดปกติ ในโรงพยาบาลของรัฐ แม่หลังคลอดจะพักอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 1-3 วัน โดยขึ้นอยู่กับสุขภาพของแม่และจำนวนผู้คลอด การพักอยู่ในโรงพยาบาลในช่วงเวลาที่สั้นมากหรือบางคนอยู่หลายวันแต่สุขภาพแม่ไม่แข็งแรง ทำให้ความรู้ต่าง ๆ ที่พยาบาลห้องคลอดแนะนำ หรือสาธิตให้แม่ทราบและนำไปปฏิบัติซึ่งมีหลายเรื่องไม่สามารถถ่ายทอดได้หมด ย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติตนเมื่อแม่วัยรุ่นกลับไปอยู่บ้าน ในบางโรงพยาบาล พยาบาลห้องคลอดเป็นผู้ติดตามเยี่ยมหลังคลอด แต่ส่วนมากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่มีหน้าที่ให้การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล โดยต้องลงไปเยี่ยมบ้านทันทีที่แม่วัยรุ่นหลังคลอดกลับจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินความรู้และ

ทักษะในการเลี้ยงดูลูก รวมทั้งการปรับทัศนคติของพ่อแม่ผู้ปกครองในเรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างน้อย 3 ครั้ง ในช่วงหลังคลอด 6 สัปดาห์ โดยได้รับการประสานจาก อสม. และ อสม.มีหน้าที่ให้การดูแลแม่วัยรุ่น แจกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกรณีพบว่า แม่วัยรุ่นและลูกมีปัญหาด้านสุขภาพ รวมทั้งติดตามให้แม่วัยรุ่นมาพบเจ้าหน้าที่ยังสถานบริการตามกำหนดนัด ดึงข้อมูลตัวอย่างจากผู้ร่วมสนทนากลุ่ม ดังนี้

“หลังคลอด แม่ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนก็จะอยู่โรงพยาบาลประมาณ 1-2 วัน ในระหว่างอยู่โรงพยาบาล พยาบาลห้องคลอดก็จะสอนทุกอย่างที่ต้องนำไปใช้ในระยะเวลา 2 สัปดาห์แรก ซึ่งบางคนก็ทำได้ ตอบได้ ทำได้ แต่บางคนก็ทำไม่ค่อยได้ แต่เราก็จะตามเยี่ยมอีกในกรณีที่เป็นประชากรในพื้นที่ ส่วนนอกพื้นที่ก็จะส่งต่อให้ รพสต. ติดตามเยี่ยม รวมทั้งการนัดมาห้องคลอดเมื่อครบ 2 สัปดาห์ เพื่อประเมินสุขภาพแม่ลูกและให้คำแนะนำซ้ำ เราทำเหมือนกันหมด ไม่ได้แยกว่าเป็นแม่วัยรุ่นใหญ่หรือแม่วัยรุ่น” (พยาบาลวิชาชีพห้องคลอด, สนทนากลุ่ม, 9 ธันวาคม 2557)

“ในส่วนของอนามัย ก็จะมีการประสานข้อมูลกับโรงพยาบาลในทุกระดับ ทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลอำเภอในการส่งต่อข้อมูลการดูแล... นอกจากนั้น ยังมี อสม. ที่เป็นแกนนำช่วยเจ้าหน้าที่ดูแลและทำหน้าที่ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ เพื่อร่วมกันช่วยเหลือแม่วัยรุ่นและครอบครัว เช่น เทคนิคการดูแลเด็ก อาหารของแม่ฯ” (พยาบาลประจำ รพสต., สนทนากลุ่ม, 9 ธันวาคม 2557)

ปัญหาที่พบในการเลี้ยงดูของแม่วัยรุ่น คือ ไม่สามารถให้ลูกกินนมตนเองได้ เมื่อลูกร้องให้ ทั้งแม่และญาติมักเข้าใจว่าน้ำนมไม่พอกิน จึงให้เด็กกินนมผสม เมื่อเด็กติดขวดนม เด็กก็จะไม่ดูดนมแม่ สุดท้ายน้ำนมแม่ก็ไม่ไหล ปัญหาที่ตามมาคือ การซื้อนมผสมที่มีราคาแพง และต้องจ่ายเพิ่มขึ้นตามการเจริญเติบโตของเด็ก ในขณะที่การสนับสนุนเรื่องนมผสมในแม่ปกติที่ไม่มีน้ำนมไม่สามารถทำได้ เพราะขัดกับนโยบายโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ที่ต้องให้ลูกกินนมแม่ โดยการฝึกให้ลูกดูดนมอย่างถูกวิธี ซึ่งจะทำให้แม่มีน้ำนมเลี้ยงดูอย่างเพียงพอตลอด 6 เดือน แต่การสนับสนุนนมผสมสำหรับแม่ที่คลอดลูกแฝดสามารถทำได้โดยขอรับจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด และแม่วัยรุ่นหรือคนในครอบครัวสามารถประสานผ่านโรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อขออนุมัติได้ ดึงข้อมูลตัวอย่างจากผู้ร่วมสนทนากลุ่ม ดังนี้

“ถ้าแม่ที่ไม่มีโรคประจำตัวต้องห้ามพวกดับอีกเสบกับเฮดส์ แม่จะไม่นำนมทางโรงพยาบาลไม่สามารถจ่ายนมผสมให้ได้ เพราะขัดกับนโยบาย... แต่ถ้าเป็นกรณีแฝดก็ยกเว้นเพราะ 2 คน นมแม่คงไม่พอกินแน่ ๆ จะมาติดต่อที่โรงพยาบาลแล้วทางโรงพยาบาลจะทำเรื่อง

ขอนมผงจาก โรงพยาบาลศูนย์หรือขอผ่าน รพสต.ก็ได้” (พยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอด, สนทนากลุ่ม, 9 ธันวาคม 2557)

“เรื่องขอนมผสม หนูประสานไปที่โรงพยาบาลศูนย์ระยอง ให้ญาติเขาไปปรับนมให้ บางทีหนูส่งคนไข้ไปโรงพยาบาลระยองของหนูก็ปรับให้...” (พยาบาลวิชาชีพประจำ รพสต., สนทนากลุ่ม, 9 ธันวาคม 2557)

การให้บริการคุมกำเนิดในแม่วัยรุ่น โดยการฉีดยาคุมกำเนิดหรือจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด ก่อนจำหน่ายเพื่อป้องกันการท้องซ้ำ ซึ่งก็มีปัญหา เนื่องจากพบว่า แม่วัยรุ่นที่เลือกวิธีคุมกำเนิด โดยการกินยา มักกินยาคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอเนื่องจากลืมกินยา คนที่ฉีดยาคุมกำเนิดก็ไม่มาตามนัด ทำให้เกิดการท้องซ้ำ วิธีการฝังยาคุมกำเนิดและใส่ห่วงอนามัยเป็นการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับ แม่วัยรุ่น ดังข้อมูลตัวอย่างจากผู้ร่วมสนทนากลุ่มดังนี้

“ที่โรงพยาบาลบ้านค่าย ก่อนจำหน่าย ทางโรงพยาบาลจะให้แม่วัยรุ่นเลือกว่า จะคุมกำเนิดโดยการฉีดหรือกิน ซึ่งก็พบว่า แม่เลือกทั้ง 2 อย่าง... ทางเรานัดตรวจ 2 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์... รอคอยคุมกำเนิดตอนตรวจ 6 สัปดาห์ ไม่ทันค่ะพี่ อย่างนี้ยังมีท้องซ้ำตั้งเกือบ 10 เปอร์เซนต์ ... ยาฝังที่โรงพยาบาลไม่มีให้บริการค่ะ เพราะราคาสูง แล้วก็ไม่ได้รับการสนับสนุน” (พยาบาล วิชาชีพงานห้องคลอด, สนทนากลุ่ม, 9 ธันวาคม 2557)

“เรื่องยาฝังคุมกำเนิด ขอแลกเปลี่ยนหน่อยนะคะ... ในปีนี้ทางสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติให้สิทธิโรงพยาบาลให้บริการฝังยาคุมกำเนิดเฉพาะในแม่วัยรุ่นที่มาคลอด โดยให้บริการฝังก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งโรงพยาบาลที่ให้บริการสามารถเรียกเก็บค่าบริการ ได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในราคา 2,500 บาท ต่อคน” (ผู้วิจัย, สนทนากลุ่ม, 9 ธันวาคม 2557)

“...พี่คะ ถ้าเป็นยากินนี่ เป็นเรื่องยาก เพราะหนูเจอมาแล้ว ไม่ยอมกิน อ้างว่าลืมบ้าง ... หนูก็เลยเอายาฉีดไปฉีดให้ถึงบ้านเลย แต่ถ้าเป็นยาฝังอย่างที่พี่ว่าก็จะดีมาก” (พยาบาลวิชาชีพ ประจำ รพสต., สนทนากลุ่ม, 9 ธันวาคม 2557)

2.3 ด้านชุมชน

ชุมชนมีบทบาทหน้าที่ในการให้การช่วยเหลือ ดูแล และประสานงาน โดยในแต่ละหมู่บ้านจะมีสมาชิกของชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว ซึ่งผ่านการอบรมจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ทำหน้าที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด โดยให้คำแนะนำในเรื่องการเลี้ยงทารก ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 5 ปี เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อาหารเสริมตามวัย การรับภูมิคุ้มกันตามเกณฑ์ ประเมินภาวะโภชนาการ พัฒนาการตามวัย ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการแก้ไข

ปัญหาแม่และเด็กในชุมชน แกนนำชุมชน/ อสม. ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในเรื่องต่าง ๆ
 ดังข้อมูลตัวอย่างจากผู้ร่วมสนทนากลุ่มดังนี้

“อสม. หนูดูแลให้ทุกอย่าง ทั้งแม่ทั้งลูก.. มีอะไรก็โทรหาหนู... เรื่องการนำลูกแฝด
 มารับบริการ น้องคนนี้เป็นผู้เชี่ยวชาญ เพราะน้องเค้ามีลูกแฝด (อสม. ที่มาร่วมสนทนากลุ่ม)...
 คนแถวนั้นลูกแฝดเยอะค่ะ เพราะเป็นกรรมพันธุ์... นอกจาก อสม.แล้ว พวกผู้นำผู้ใหญ่ เขาช่วยเหลือ
 บริการกันค่ะ เคียวนี่มีมอเตอร์ไซด์พ่วงข้าง สะดวกค่ะ แล้วอนามัยก็ไม่ไกล” (พยาบาลวิชาชีพ
 ประจำ รพสต., สนทนากลุ่ม, 9 ธันวาคม 2557)

“หนูก็ไปเยี่ยมแล้วก็แนะนำอย่างที่เคยรับการอบรม แต่อย่างว่า หนูไม่ใช่หมอ
 เขาก็เชื่อบ้างไม่เชื่อบ้าง... ไม่ไหวก็โทรบอกหมอ” (อสม.เขต รพสต., สนทนากลุ่ม, 9 ธันวาคม 2557)

2.4 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

เทศบาลมีการดำเนินงาน โครงการสายใยรักแห่งครอบครัวร่วมกับโรงพยาบาล
 ส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โดยเป็นแหล่งสนับสนุนงบประมาณ จัดทำโครงการเยี่ยมหลังคลอด
 รับส่งแม่ไปรับบริการสุขภาพครรภ์ที่ครอบครัวไม่มีรถ ประสานกับพัฒนาสังคมและความมั่นคง
 ของมนุษย์ในการรับและส่งต่อแม่และลูกที่มีปัญหาสังคมที่ไม่เงินสำหรับดำรงชีวิต ไม่มีที่พักอาศัย
 ดังข้อมูลตัวอย่างจากผู้ร่วมสนทนากลุ่มดังนี้

“ที่เทศบาลเราทำงานร่วมกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ... มีอะไรก็ประสานกัน
 แต่ในส่วนของเทศบาลเองมีโครงการเยี่ยมหลังคลอด โดยมอบกระเช้าของขวัญเป็นอุปกรณ์
 เครื่องใช้สำหรับเด็กมูลค่าคนละ 800 บาท... ถ้าเป็นแฝดได้ 2 กระเช้าครับ ของในกระเช้าก็เป็น
 ของใช้เด็กแต่ไม่มีผ้าอ้อม เพราะพบว่าทางครอบครัวเขาเตรียมไว้พอแล้ว... เรื่องความช่วยเหลืออื่น ๆ
 ก็มีบริการครับ สุดแล้วแต่ว่าชาวบ้านเขาต้องการให้ทางเทศบาลช่วยเรื่องอะไร เรื่องจัดฝึกอบรม
 เกี่ยวกับอาชีพก็มีเรื่อย ๆ แต่ไม่เฉพาะกลุ่ม ใครสนใจก็มาได้... เรื่องที่ทางเราทำไม่ได้ ก็จะประสาน
 กับหน่วยงานอื่นต่อ... สำหรับเรื่องการจัดหางานเรายังไม่ได้เข้ามาทำ เพราะเห็นว่าเด็ก ๆ ที่เป็น
 แม่วัยรุ่น พอลูกโตเขาจะทำงานกับพ่อแม่เขา แล้วเราก็กังไม่มีข้อมูลในส่วนนี้... วันนั้นที่ได้มาคุยกัน
 ทำให้ได้ข้อมูลและแนวทางการประสานงานเยอะเลย เดี่ยวผมต้องขอเบอร์ด้วยนะครับ... ในเขต
 เทศบาลเรายังไม่พบว่ามีแม่วัยรุ่นที่ไม่ต้องการลูกหรือไม่มีครอบครัวดูแล จนต้องส่ง พมจ.”

(นักวิชาการสาธารณสุขเขตเทศบาลตำบลชากบก, สนทนากลุ่ม, 9 ธันวาคม 2557)

“เทศบาลกับอนามัยมีอะไรก็ประสานกันค่ะ เรื่องเกี่ยวกับแม่วัยรุ่นส่วนมากก็จะเป็น
 เรื่องที่หนูต้องทำหรือประสานต่อ” (พยาบาลวิชาชีพประจำ รพสต., สนทนากลุ่ม, 9 ธันวาคม 2557)

“เด็กนักเรียนเรามาจากหลายพื้นที่ แต่โรงเรียนกับเทศบาลยังไม่ค่อยได้ประสานกัน
 เพราะไม่รู้จะติดต่อกันได้อย่างไร” (อาจารย์แนะแนว, สนทนากลุ่ม, 9 ธันวาคม 2557)

2.5 พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

บทบาทหน้าที่หลักของการดูแลแม่วัยรุ่นของพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด มีทั้งบทบาทการให้บริการและการประสานงาน เนื่องจากหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีสถานที่พักสำหรับแม่และลูก ดังข้อมูลตัวอย่างจากผู้ร่วมสนทนากลุ่มดังนี้

“หน่วยงาน พมจ.เราจะดูแลน้องพวกนี้ตั้งแต่เริ่มมีปัญหา โดยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ดำเนินงานตั้งแต่ชั้นพนักงานสอบสวนและในชั้นศาล ซึ่งในชั้นศาลเด็ก... ในระหว่างหรือสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรม ทางเราจะต้องดูแลน้อง ๆ พวกนี้ โดยเฉพาะน้องที่พ่อแม่ผู้ปกครองไม่ยอมรับหลานที่เกิดมา... ทาง พมจ.มีการช่วยเหลือหลายรูปแบบ ทั้งที่เป็นบริการและการประสานงาน ในส่วนบริการเรามีบ้านพักเด็กอ่อนแบบชั่วคราวและถาวร บ้านพักฉุกเฉินสำหรับแม่และลูก มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการรับหลานเป็นบุตรบุญธรรมของปู่ ย่า ตา ยาย แต่ส่วนมากเป็นตา ยาย เพื่อให้เด็กได้รับสิทธิ โดยเฉพาะตา ยายที่มีประกันสังคม แต่ถ้าเป็นข้าราชการจะเบิกไม่ได้เหมือนลูกแท้ ๆ กรณีที่อยู่บ้านตนเองแต่เราพบว่ามีปัญหา เช่น ไม่มีนมให้ลูกกิน เราก็ช่วยประสาน โรงพยาบาลจังหวัดให้ แต่อย่างที่บอก พอได้ไปบางคนกลับมาไปขาย อย่างที่เล่าให้ฟังนั่นแหละค่ะ” (นักสังคมสงเคราะห์, สนทนากลุ่ม, 9 ธันวาคม 2557)

การดูแลช่วยเหลือแม่วัยรุ่น นอกจากครอบครัวและญาติซึ่งสามารถให้การช่วยเหลือดูแลได้ในระดับหนึ่ง แต่การช่วยเหลือบางอย่างที่คนในครอบครัวไม่สามารถกระทำได้หรือไม่มีคนในครอบครัวให้การช่วยเหลือและต้องได้รับความร่วมมือจากหลายหน่วยงานอย่างเป็นทางการ เพื่อให้แม่วัยรุ่นได้รับช่วยเหลือที่เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้เสนอแนวทางการช่วยเหลือ ซึ่งสรุปเป็นประเด็นตามความต้องการการช่วยเหลือของแม่วัยรุ่นและบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานแต่ละภาคส่วน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความต้องการการช่วยเหลือและแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น

ความต้องการการช่วยเหลือ	แนวทางการช่วยเหลือ
1. ด้านการศึกษา - เรียนต่อในสถานศึกษาเดิม โดยมีครูอาจารย์ให้การช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด อธิบายให้เพื่อนเข้าใจและเห็นใจ โดยเฉพาะในกลุ่มที่เหลือเวลาในการศึกษาไม่นานก็จะจบการศึกษาชั้นสูงสุดของช่วงชั้น	1. ด้านการศึกษา - ให้โอกาสนักเรียนได้เรียนต่อในสถานศึกษาเดิมได้ตามความต้องการตาม พรบ. การศึกษา โดยให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ทำความเข้าใจกับเพื่อนในชั้นเรียน ให้ยอมรับเพื่อน ได้เรียนต่อ

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ความต้องการการช่วยเหลือ	แนวทางการช่วยเหลือ
<ul style="list-style-type: none"> - ย้ายไปเรียนในสถานศึกษาใหม่ เพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดดันที่เกิดจากเพื่อนในห้องและเพื่อนในโรงเรียน โดยเพื่อนที่โรงเรียนใหม่ต้องไม่ทราบเรื่องการเป็นแม่วัยรุ่น - การศึกษานอกระบบเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดของการศึกษาของแม่วัยรุ่น กล่าวคือ แม้ว่าเพื่อนที่โรงเรียนเดิมจะยอมรับได้ แต่แม่วัยรุ่นส่วนมากจะมีข้อจำกัดในเรื่องเวลา เพราะต้องเลี้ยงดูลูก การไปโรงเรียนทุกวันเป็นการสร้างภาระแก่ผู้ปกครอง ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาด้านอื่นตามมา เช่น การประกอบอาชีพของผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัว 	<ul style="list-style-type: none"> - อำนวยความสะดวกแก่ผู้ปกครอง ที่ต้องการย้ายแม่วัยรุ่นไปเรียนที่โรงเรียนอื่น โดยการหาโรงเรียนที่เหมาะสม ซึ่งนักเรียนสามารถไปเรียนได้สะดวกและประสานการย้ายระหว่างโรงเรียน - ส่งเสริมสนับสนุนการศึกษานอกระบบ เนื่องจากใช้เวลาเรียนเพียงสัปดาห์ละ 1 วัน และสามารถเทียบโอนวิชาที่สอบผ่านแล้ว ทำให้ใช้เวลาเรียนไม่นาน และวุฒิการศึกษาที่ได้สามารถนำไปสมัครงานได้ - โรงเรียนมีระบบการเชื่อมบ้านนักเรียน เพื่อประเมินและให้การช่วยเหลือนักเรียนตามบริบทของแต่ละครอบครัว รวมทั้งการประสานความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับผู้ปกครอง ในการแก้ไขปัญหาและเสริมสร้างนักเรียนให้มีคุณภาพการเรียนและทักษะชีวิตที่ดี
<p>2. ด้านสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จากการปกปิดทำให้ฝากครรภ์ช้าและการอยู่โรงพยาบาลในระยะคลอดจำนวน 1-3 วัน ทำให้ได้รับความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกและฝึกทักษะในการเลี้ยงลูกไม่ครบถ้วน ต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามให้ความรู้ โดยการเยี่ยมบ้าน ช่วยเหลือตามปัญหาของแต่ละคน 	<p>2. ด้านการสาธารณสุข</p> <ul style="list-style-type: none"> - แม่วัยรุ่นต้องมาฝากครรภ์ให้เร็วที่สุด (ก่อน 12 สัปดาห์) เพื่อการตรวจวินิจฉัยและแก้ปัญหา ถ้าพบว่าแม่อายุน้อยกว่า 15 ปี และไม่พร้อมที่จะมีลูก จะประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อส่งต่อแพทย์ให้ทำแท้ง โดยอยู่ในเงื่อนไขของการรักษา

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ความต้องการการช่วยเหลือ	แนวทางการช่วยเหลือ
<ul style="list-style-type: none"> - คำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางเรื่องขัดแย้งกับความเชื่อและทัศนคติของผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องปรับเปลี่ยนความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครองพร้อมกับคำแนะนำที่ให้กับแม่วัยรุ่น - ในกรณีที่ไม่สามารถให้ลูกกินนมแม่ได้ แม่วัยรุ่นต้องการรับการสนับสนุนนมผสม เนื่องจากนมผสมราคาแพง แต่แม่วัยรุ่นส่วนมากไม่มีรายได้จากการประกอบอาชีพ - การคุมกำเนิดที่ไม่ต้องมารับบริการบ่อย เพราะไม่สะดวกในการเดินทางและไม่ใช่ยาที่ต้องกินทุกวัน เพราะถ้าลืมกินอาจทำให้ตั้งครรภ์ได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเองและลูกในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด - ในระยะก่อนและหลังคลอด มี อสม.และเจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและให้คำแนะนำตามปัญหาและความต้องการ รวมทั้งการส่งต่อตามความจำเป็น - การสนับสนุนนมผสมสามารถทำได้ตามความจำเป็น ได้แก่ แม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ดับอักเสบ คลอดลูกแฝด นอกเหนือจาก 3 กรณีนี้หน่วยงานสาธารณสุขไม่สามารถจ่ายให้ได้ เพราะขัดกับนโยบายโรงพยาบาล สายใยรักที่แม่ต้องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน - กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ สปชส. ให้บริการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรเป็นยาฝังและห่วงอนามัย โดยให้บริการเฉพาะแม่วัยรุ่นหลังคลอดก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งสามารถคุมกำเนิดได้นาน 3 ปี เพื่อเป็นการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ความต้องการการช่วยเหลือ	แนวทางการช่วยเหลือ
<p>3. ด้านรายได้และการประกอบอาชีพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การอยู่บ้านเลี้ยงลูกทำให้แม่วัยรุ่นไม่มีรายได้ ในขณะที่บางคนพอมีเวลาว่างที่จะทำงานได้ โดยมีย่า ยาย ช่วยเลี้ยงหลาน แต่งานที่ทำต้องอยู่ไม่ห่างจากที่พักอาศัย เพื่อให้แม่ได้กลับมาดูแลลูกบ้างในช่วงพักงาน ให้ย่า ยาย ได้มีเวลาพักผ่อนบ้าง การมีงานทำและมีรายได้เป็นของตนเอง ทำให้มีเงินใช้จ่ายส่วนตัว ไม่ต้องขอจากบุคคลในครอบครัวทุกครั้ง ทำให้แม่วัยรุ่นเกิดความอึดอัดใจและรู้สึกว่าคุณเองมีคุณค่าน้อย - มีการฝึกอาชีพให้กับแม่วัยรุ่น เพื่อให้แม่วัยรุ่นมีความรู้ ทักษะ สามารถนำไปประกอบอาชีพหรือรับงานมาทำที่บ้าน 	<p>3. ด้านชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ในชุมชนมี อสม. ติดตามเยี่ยม ให้การดูแลแม่วัยรุ่นและลูก โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ตามที่เคยเข้ารับการอบรมของหน่วยงาน (คนเดียวกันแต่ปฏิบัติงานหลายหน้าที่) - ในชุมชนมีการมอบหมายให้แกนนำชุมชนช่วยเหลือประชาชนที่มีปัญหาในเรื่องต่าง ๆ เช่น ช่วยเหลือการเดินทางของแม่วัยรุ่นและลูกเพื่อรับบริการด้านสุขภาพในครอบครัวที่มีปัญหา เช่น ไม่มีคนไปส่ง ไม่มียานพาหนะในการเดินทาง โดยคิดค่าตอบแทนในราคาถูก
<p>4. ด้านการสงเคราะห์จากภาครัฐ</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรณีที่ครอบครัวยากจนหรือแม่ไม่มีรายได้ ต้องการรับความช่วยเหลือที่เป็นของใช้สำหรับเด็ก จากหน่วยงานในท้องถิ่นหรือท้องที่ - มีสถานที่รับที่เลี้ยงเด็กชั่วคราวในช่วงที่แม่วัยรุ่นยังไม่สามารถเลี้ยงดูลูกได้ และครอบครัวตนเองหรือสามีไม่ยอมรับลูกที่เกิดมา - มีสถานที่ให้พักอาศัยสำหรับแม่และลูกที่ไม่มีผู้ให้การสนับสนุน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้งในระยะสั้นและระยะยาวหรือจนกว่าแม่วัยรุ่นจะช่วยเหลือตนเองได้ 	<p>4. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - เทศบาลเกือบทุกแห่งมีงบประมาณส่วนหนึ่งจัดสรรไว้สำหรับการซื้อของใช้เพื่อมอบให้กับแม่ทุกคนที่คลอดลูก โดยเป็นชุดของใช้สำหรับเด็กอ่อน และจ่ายให้เท่ากับจำนวนเด็กที่คลอด เช่น แผลด 2 ก็จะได้รับจำนวน 2 ชุด - มีการฝึกอาชีพให้กับประชาชนในชุมชนตามความสนใจ โดยการรวมกลุ่มและเปิดเป็นหลักสูตรระยะสั้น ที่ผ่านมาแม่วัยรุ่นยังให้ความสนใจน้อย เข้ารับการอบรมน้อย เนื่องจากเป็นการจัดอบรมร่วมกันของประชาชนทุกกลุ่ม

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ความต้องการการช่วยเหลือ	แนวทางการช่วยเหลือ
	<p>5. พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นนักสังคมสงเคราะห์ประจำหน่วยงานในระดับจังหวัดทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงนำคำพูดจากบุคคลในศาลบอกต่อกับแม่วัยรุ่นและพูดแทนคำตอบที่แม่วัยรุ่นตอบ ในกรณีที่เป็นคดีและต้องขึ้นศาล - ประสานงานกับโรงพยาบาลประจำจังหวัด กรณีที่เป็นการตั้งครรภ์โดยการถูกระงับชำเรา เพื่อให้แพทย์พิจารณายุติการตั้งครรภ์เป็นราย ๆ แต่ถ้าหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 15 ปี ไม่ว่าจะถูกระงับหรือยินยอม สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ทุกคน ถ้าพ่อแม่ผู้ปกครองทั้งสองฝ่าย รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์และสามีไม่ต้องให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป - จัดให้ที่พักอาศัยสำหรับแม่วัยรุ่นและลูกที่ไม่มีที่พักอาศัยและผู้อุปการะ รวมทั้งการฟื้นฟูทางด้านจิตใจ และจัดให้มีการฝึกอาชีพระหว่างพักอาศัย - เป็นธุระจัดการการรับลูกของแม่วัยรุ่นให้เป็นลูกบุญธรรมของปู่ย่า ตายาย ให้ถูกต้องตามกฎหมาย - ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในหลาย ๆ เรื่องที่เกี่ยวข้องความเป็นอยู่และมนุษยธรรม เช่น แม่วัยรุ่นที่อยู่ที่บ้านแต่ไม่มีนมให้ผสมให้ลูกกิน แม่วัยรุ่นที่ถูกกระทำ เป็นต้น

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

งานศึกษาวิจัย เรื่อง การปรับตัวของแม่วัยรุ่น เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปรากฏการณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบการปรับตัวของแม่วัยรุ่นในเขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง และแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น โดยมีรายละเอียดดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของแม่วัยรุ่น

ขณะตั้งครรภ์ แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่เรียนอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย/ ปวช. ในอัตราที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 35.29 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 23.53 แต่เป็นผู้ที่กำลังเรียนอยู่จริงร้อยละ 58.82 มีเพศสัมพันธ์แบบยินยอมร้อยละ 100 แต่ไม่ตั้งใจมีลูกร้อยละ 88.24 ไม่มีพิธีสมรสร้อยละ 47.06 มีพิธีสมรสหลังตั้งครรภ์ร้อยละ 29.41 ยังอยู่กับสามีคนที่ เป็นพ่อของลูกร้อยละ 70.59 แม่วัยรุ่นไม่มีรายได้ร้อยละ 70.59 รายได้ต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำร้อยละ 40 อายุเมื่อคลอดลูกน้อยที่สุด 14 ปี ร้อยละ 11.77 และอยู่ในช่วงวัยรุ่นที่แท้จริงร้อยละ 88.23 ค้นสามี พบว่า อายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นแท้จริงร้อยละ 52.94 วัยผู้ใหญ่ร้อยละ 47.06 โดยจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 47.06 ไม่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 41.17 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 52.94 เกษตรกรรมร้อยละ 17.65 ไม่ทราบจำนวนรายได้ร้อยละ 17.65 (แยกหากัน) รายได้น้อยกว่าค่าแรงขั้นต่ำร้อยละ 29.41 แม่วัยรุ่นพักอาศัยอยู่กับครอบครัวตนเองร้อยละ 76.47 และมีสามีพักอาศัยอยู่ด้วย ร้อยละ 47.06 และครอบครัวที่แม่วัยรุ่นพักอาศัยอยู่ด้วยมีรายได้สูงกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำของ จปร. ร้อยละ 88.24

2. ผลกระทบของการเป็นแม่วัยรุ่น

2.1 ด้านจิตใจ

2.1.1 ความเครียดของแม่วัยรุ่น แต่ละคนมีความเครียดแตกต่างกันไม่มาก ทั้งในระดับของความเครียดและระยะเวลาของการเกิดความเครียด จากการประเมินโดยใช้ แบบประเมิน พบว่า ส่วนมากมีความเครียดอยู่ในระดับปกติ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยังไม่ต้องให้คำปรึกษา หรือต้องรับการรักษา และมีบางคนมีระดับความเครียดอยู่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ควรจะเป็น สาเหตุของการเกิดความเครียดเกิดจากสาเหตุหลายประการ ทั้งจากแม่วัยรุ่นและลูก บุคคลรอบข้าง ภาวะ

ทางเศรษฐกิจของครอบครัว ในขณะที่แม่วัยรุ่นหลายคนมีความเห็นที่ตรงกันว่า สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือ “การร้องไห้ของลูก” ซึ่งแม่วัยรุ่นแต่ละคนมีการตอบสนองต่อความเครียดทางด้านร่างกายและด้านจิตใจแตกต่างกัน เช่น ด้านร่างกาย ทำให้ระบบการทำงานเกิดความผิดปกติ เบื่ออาหาร อยากอาหารเพิ่มขึ้น กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ส่วนการเผชิญความเครียดพบว่า แม่วัยรุ่นแต่ละคนมีรูปแบบหรือวิธีการที่แตกต่างกัน โดยบางคนเลือกที่จะหลีกเลี่ยงปัญหา ในขณะที่บางคนเลือกที่จะขจัดสาเหตุของปัญหา

2.1.2 ภาวะซึมเศร้าของแม่วัยรุ่น จากการประเมิน โดยใช้แบบประเมิน พบว่า แม่วัยรุ่นร้อยละ 17.65 มีผลประเมินภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับซึมเศร้าน้อย (ต้องเฝ้าระวัง) ซึ่งบางคนสามารถสังเกตเห็นได้ แต่ไม่อยู่ในระดับที่ต้องรักษาและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่วนคนอื่น ๆ ไม่พบว่ามีภาวะซึมเศร้า

2.1.3 การเห็นคุณค่าในตนเองของแม่วัยรุ่น แม่วัยรุ่นหลายคนรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อย เนื่องจากประสบปัญหาหลายประการ เช่น การไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ค่าใช้จ่ายทั้งหมดต้องขอจากพ่อแม่ สามีมีรายได้ไม่แน่นอน แยกทางกับสามี และการที่ออกจากโรงเรียนกลางคันทั้งที่เป็นคนที่เรียนหนังสือเก่ง ประกอบกับการมีบุคลิกภาพเป็นคนเฉย ๆ ไม่ปรึกษาปัญหากับคนในครอบครัว และไม่มีเพื่อนสนิทที่สามารถให้คำปรึกษา ซึ่งแตกต่างจากคนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านจิตใจ สิ่งของการช่วยเหลือจากครอบครัวตนเองและสามีเป็นอย่างดี ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเองมากกว่า

2.2 ด้านร่างกาย

2.2.1 สุขภาพร่างกายของแม่วัยรุ่น ร้อยละ 41.18 มีสุขภาพปกติขณะคลอด และสามารถคลอดได้ตามธรรมชาติ นอกจากนั้นเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด ทำให้มีการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 11.77 ทนต่อการเจ็บครรภ์ไม่ได้ ร้องมากขณะเจ็บครรภ์คลอดและไม่เบ่งคลอด ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทารก จึงต้องผ่าคลอดและใช้เครื่องสูญอากาศช่วยคลอดร้อยละ 29.41 ขอบ่าคลอดเมื่อครรภ์ครบกำหนดร้อยละ 11.77 เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต้องใช้เครื่องช่วยหายใจขณะคลอดและหลังคลอดร้อยละ 5.88 ทำให้ต้องพักรักษาตัวในห้อง ไอ.ซี.ยู.นาน 1 สัปดาห์

2.2.2 สุขภาพลูกที่เกิดจากแม่วัยรุ่น การปกปิดการตั้งครรภ์ทำให้เกิดปัญหาไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์แต่ล่าช้า จึงไม่ได้รับการดูแลในระหว่างการตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ทารกมีสุขภาพสุขภาพ โดยเกิดการคลอดทารกก่อนกำหนด การคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย และเกิดภาวะ Respiratory distress syndrome ในอัตราส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 11.11 ทำให้ต้องรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหลายวัน ต้องให้ยาทางหลอดเลือดดำ ใช้เครื่องช่วยหายใจ

เมื่อเด็กโตขึ้น สุขภาพไม่แข็งแรง ลูกร้อยละ 92.85 ไม่ได้กินนมแม่จนครบ 6 เดือน ตามเกณฑ์ ทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง พัฒนาการด้านอารมณ์ไม่ดี เป็นเด็กคือ และเอาแต่ใจตนเอง

2.3 ด้านเศรษฐกิจ สังคม

2.3.1 การศึกษาของแม่วัยรุ่น เกือบทั้งหมดเป็นผู้ที่กำลังศึกษาเล่าเรียนอยู่ในระบบการศึกษา โดยอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย (รวมอาชีวศึกษา) ร้อยละ 82.35 เมื่อตั้งครรถ์แม่วัยรุ่นทุกคนต้องออกจากการศึกษากลางคัน โดยที่ส่วนมากไม่จบชั้นสูงสุดของการศึกษาระดับที่กำลังศึกษาอยู่ ทำให้ไม่ได้รับวุฒิการศึกษา มีบางคนที่ได้ศึกษาต่อ แต่เป็นการศึกษานอกระบบ ในขณะที่แม่วัยรุ่นอีกหลายคนไม่มีโอกาสได้ศึกษาต่อทั้งการศึกษาในและนอกระบบ

2.3.2 ครอบครัวของแม่วัยรุ่น เกือบทั้งหมดเป็นผู้ที่อยู่ในช่วงวัยที่กำลังศึกษาเล่าเรียน การตั้งครรถ์และคลอดบุตรของแม่วัยรุ่นส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของพ่อแม่ผู้ปกครอง เป็นประการแรก คือ ทำให้เกิดความอับอาย เสียใจ ผิดหวัง ประการต่อมา คือ ภาระการดูแลลูกหลาน และลูกเขย รวมทั้งการขาดรายได้ของบางคนในครอบครัวที่ต้องออกจากงานเพื่อช่วยดูแลลูกหลาน และเหลน

2.3.3 การเงินของแม่วัยรุ่น เป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัวของแม่วัยรุ่น และครอบครัวของสามี โดยเฉพาะแม่วัยรุ่นที่ไม่มีสามีหรือมีสามีแต่สามีไม่มีรายได้ รวมทั้งสามีที่ไม่มีความรับผิดชอบ นอกจากค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเป็นเงิน ยังมีการสูญเสียรายได้ของคนในครอบครัวจากการหยุดงานเพื่อดูแลแม่วัยรุ่นและลูกของแม่วัยรุ่น ครอบครัวที่ฐานะการเงินดีก็จะได้รับผลกระทบน้อย ต่างกับครอบครัวที่มีปัญหาการเงินอยู่แล้ว ย่อมได้รับผลกระทบเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดหนี้ในระบบ

2.3.4 การสนับสนุนทางสังคมของแม่วัยรุ่น การที่เป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทุก ๆ ด้าน เนื่องจากขาดการเตรียมตัวที่ดี ทำให้ไม่มีความพร้อม แม่วัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่เกี่ยวข้องในเรื่องความรู้และทักษะ ความรักและการเอาใจใส่ รวมทั้งทรัพย์สินเงินที่เหมาะสม จะทำให้แม่วัยรุ่นสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ อบอุ่น ปลอดภัย รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และมีความเป็นอยู่ที่ดี ตรงกันข้ามกับแม่ที่ได้รับการสนับสนุนที่ไม่เหมาะสม เช่น สามีไม่รับผิดชอบ ทำให้แยกทางกับสามี ทำให้เกิดปัญหาที่ส่งผลด้านลบต่อการปรับตัวในการดำรงบทบาทเป็นแม่

2.3.5 การดำรงบทบาทเป็นมารดาของวัยรุ่น บางคนสามารถดำรงบทบาทเป็นแม่ได้เหมาะสม เนื่องจากการมีภูมิหลังที่ดี มีการปรับตัวด้านพัฒนาการตามวัยเหมาะสม ประกอบกับได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากรอบข้างอย่างเหมาะสม ทำให้มีการปรับตัวได้ดี ในขณะที่แม่วัยรุ่นบางคนเผชิญกับปัญหาที่ค่อนข้างรุนแรง ซึ่งเป็นผลมาจากพัฒนาการตามวัยไม่ดี ไม่มีสามี

สามีทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อบุตร จึงแสดงบทบาทความเป็นมารดา ไม่เหมาะสม รวมทั้งแม่วัยรุ่นบางคนมีพื้นฐานจากการเลี้ยงดูในครอบครัวตนเองที่ไม่มีระเบียบแบบแผน ก็ทำให้แม่วัยรุ่นแสดงบทบาทความเป็นแม่ไม่เหมาะสมเช่นกัน

3. การปรับตัวของแม่วัยรุ่น

3.1 ด้านร่างกาย แม่วัยรุ่นส่วนมากปรับตัวด้านร่างกายได้ดี เนื่องจากพบว่า ไม่มีแม่วัยรุ่นคนใดมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือรุนแรง เกือบทุกคนสุขภาพแข็งแรง คนที่เจ็บป่วยรุนแรงขณะคลอด ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลก็หายเป็นปกติ มีเพียงร้อยละ 17.65 ที่มีภาวะโลหิตจางและท้องผูก ทำให้ต้องรับประทานยาอยู่เป็นประจำ แต่สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ และอีกสองสามคนที่มีปัญหาเรื่องรูปร่าง ซึ่งก็ไม่ใส่ใจการเจ็บป่วยที่รุนแรง

3.2 ด้านมโนคติ ในการประเมินภาวะเครียด พบว่า แม่วัยรุ่นทุกคนมีระดับความเครียดที่อยู่ในระดับปกติ ไม่ต้องรับการแก้ไข และหลายคนมีกลไกในการเผชิญกับความเครียดได้ดี บางคนสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยเป็นการแก้ที่สาเหตุ สำหรับภาวะซึมเศร้า พบว่า มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย (ต้องเฝ้าระวัง) ร้อยละ 17.65 แต่ยังไม่ต้องบำบัด ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง มีบางคนที่รับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีค่าน้อย แต่การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ทำให้แม่วัยรุ่นส่วนมากมีการปรับตัวด้านนี้ได้

3.3 ด้านบทบาทหน้าที่ แม่วัยรุ่นส่วนมากมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ที่ได้อ่อนช้อยดี โดยเฉพาะการดำรงบทบาทเป็นมารดา เนื่องจากเติบโตมาจากครอบครัวขยาย ทำให้เกิดการเรียนรู้ โดยบางคนเกิดการเรียนรู้ก่อนที่จะเป็นแม่วัยรุ่น แต่มีปัญหาในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งพบว่า แม่ส่วนมากไม่เลี้ยงลูกด้วยนมตนเองครบตามเกณฑ์มากถึงร้อยละ 92.85 และมีแม่วัยรุ่นร้อยละ 17.65 ที่ปรับตัวด้านนี้ไม่ได้ ทำให้ไม่ใส่ใจในการเลี้ยงดูลูก ทั้งที่อยู่บ้านเดียวกับลูก แต่ปล่อยให้เป็นที่ของญาติผู้ใหญ่ในครอบครัว

3.4 ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน พบว่า แม่วัยรุ่นทุกคนได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวทั้งสิ้น เพราะทุกคนอยู่กับญาติของตนเองหรือญาติสามี ไม่มีคนใดเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยวที่อยู่ลำพังกับลูกหรือเคยนำลูกไปฝากเลี้ยงตามสถานสงเคราะห์ แต่ก็มีแม่วัยรุ่นร้อยละ 17.65 คนที่มีพฤติกรรมการพึ่งพาคนอื่นมากกว่าให้คนอื่นพึ่งพาตนเอง เนื่องจากพบว่า แม่วัยรุ่นดังกล่าวไม่มีการทำหน้าที่บทบาทการเป็นแม่และเป็นสมาชิกที่ดีของครอบครัว โดยในแต่ละวันจะไม่ค่อยทำอะไร ต้องให้สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวคอยกระตุ้นให้ทำกิจกรรมที่ตนเองควรกระทำ

4. แนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น

4.1 แม่วัยรุ่นมีความต้องการความช่วยเหลือดังนี้

4.1.1 ด้านการศึกษา ต้องการเรียนต่อในสถานศึกษาเดิม โดยมีครูอาจารย์ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด และถ้าย้ายไปเรียนในสถานศึกษาใหม่ ไม่ต้องการให้เพื่อนทราบภูมิหลังเรื่องการมีลูก หรือได้รับการศึกษาค่อนอกระบบ

4.1.2 ด้านสุขภาพ ต้องการความรู้และทักษะในการเลี้ยงลูก และการดูแลตนเอง โดยการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และให้ความรู้แก่พ่อแม่ผู้ปกครองเพื่อปรับทัศนคติรับการสนับสนุนนมผสมในกรณีแม่ไม่มีน้ำนมหรือมีแต่ไม่พอให้ลูกกิน รวมทั้งการคุมกำเนิดกึ่งถาวร

4.1.3 ด้านรายได้และการประกอบอาชีพ ต้องการมีงานทำ มีรายได้เป็นของตนเอง โดยสถานที่ทำงานที่อยู่ไม่ไกลที่พักหรือการรับงานมาทำที่บ้าน เพื่อความสะดวกในการดูแลลูก

4.1.4 ด้านสังคมสงเคราะห์จากภาครัฐ ต้องการความช่วยเหลือที่เป็นของใช้สำหรับเด็กอ่อนในกรณีที่ครอบครัวยากจน จัดให้มีที่พักอาศัยสำหรับแม่และลูกที่ไม่มีผู้ให้การสนับสนุน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย สถานรับที่เลี้ยงเด็กชั่วคราวในช่วงที่แม่วัยรุ่นหรือครอบครัวยังไม่พร้อมที่จะเลี้ยงดูลูกที่เกิดมา

4.2 ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับแม่วัยรุ่นมีแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น ดังนี้

4.2.1 ด้านการศึกษา แม่วัยรุ่นสามารถเรียนต่อในสถานศึกษาเดิมได้ตามความต้องการ และมีการประสานงานระหว่าง โรงเรียนในกรณีที่นักเรียนต้องการย้ายที่เรียน มีระบบการดูแลนักเรียนที่เป็นแม่วัยรุ่นทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน ส่งเสริมสนับสนุนนักเรียนที่ไม่สามารถเรียนต่อในระบบได้ ให้เรียนต่อ กศน.

4.2.2 ด้านการสาธารณสุข มีบุคลากรสาธารณสุขให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเองและลูก ทั้งในระยะที่อยู่โรงพยาบาลและภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน มีติดตามเยี่ยมบ้าน โดย อสม.และเจ้าหน้าที่เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ ประเมินทักษะและการปฏิบัติที่ถูกต้อง รวมทั้งการให้ความรู้และปรับทัศนคติของพ่อแม่ผู้ปกครองและญาติผู้ใหญ่ในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของแม่วัยรุ่นและการเลี้ยงดูลูก มีการสนับสนุนนมผสมในกรณีแม่ที่มีภาวะติดเชื้อและหรือมีข้อจำกัดในการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง เช่น แม่ที่คลอดลูกแฝด ให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรก่อนจำหน่ายกลับบ้านเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

4.2.3 ด้านชุมชน มีอาสาสมัครติดตามเยี่ยมดูแลแม่วัยรุ่นและลูกในชุมชน โดยเป็นผู้ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับแม่วัยรุ่นและครอบครัว ช่วยเหลือ

เรื่องการเดินทางของแม่วัยรุ่นและลูกในครอบครัวที่มีปัญหาขนพาดพะในการเดินทางไปรับบริการด้านสุขภาพในราคาข่อมเยา และประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ตามกลุ่มองค์กรที่เกนนำชุมชนเป็นสมาชิก

4.2.4 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีของเยี่ยมแม่วัยรุ่นทุกคน โดยเป็นของใช้สำหรับเด็กอ่อน ถ้าเป็นเด็กแฝดจะได้เท่ากับจำนวนเด็ก มีการอบรมและฝึกอาชีพให้กับประชาชนในพื้นที่ ซึ่งแม่วัยรุ่นที่สนใจก็สามารถเข้ารับการอบรมได้ตามความสนใจ

4.2.5 พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด มีเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงให้กับแม่วัยรุ่นที่เป็นคดีร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะคดีที่ต้องขึ้นศาล มีสถานรับเลี้ยงเด็กในกรณีแม่วัยรุ่นหรือครอบครัวไม่สามารถเลี้ยงดูได้ โดยมีทั้งประเภทชั่วคราวและถาวรโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เป็นธูระจัดการการรับหลาน (ลูกของแม่วัยรุ่น) เป็นลูกบุญธรรมของคายายประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้การช่วยเหลือแม่วัยรุ่นที่ประสบปัญหาทุก ๆ ด้าน

อภิปรายผล

1. ผลกระทบของการเป็นแม่วัยรุ่น

1.1 ความเครียดของแม่วัยรุ่น

แม่วัยรุ่นทุกคนมีสาเหตุความเครียดที่คล้ายคลึงกัน คือ เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ เนื่องจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไป ความจริงถูกเปิดเผย ความกดดันลดลง ส่งผลให้ความเครียดลดลง ในช่วงเก็บข้อมูล พบว่า ระดับความเครียดของแม่วัยรุ่นทุกคนอยู่ในระดับปกติ ส่วนสาเหตุสำคัญที่ทำให้แม่วัยรุ่นหลายคนเครียดมาก คือ การร้องไห้ของลูก นอกจากนั้นก็เป็นวิธีการที่ต้องเลี้ยงดูลูก ปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัว การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม บทบาทของการเป็นพ่อ การเป็นสามีที่ดี การแยกทางกับสามี การตอบสนองของร่างกายที่พบ คือ โมหะ หงุดหงิด นอนไม่หลับ ท้องผูก ส่วนการเผชิญความเครียดของแม่วัยรุ่นมีรูปแบบที่แตกต่างกัน ตามภูมิหลังของแต่ละคน รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากความเครียดเป็นกลไกของร่างกายซึ่งหาทางป้องกันตนเองเมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น โดยบุคคลต้องประเมินและใช้ความสามารถซึ่งมีอยู่ในตนเองเป็นกลไกในการเผชิญกับความเครียด ระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะทำหน้าที่เพื่อรักษาความสมดุล ซึ่งกลไกการรักษาความสมดุลจะส่งผลต่อการปรับตัวและการมีชีวิตอยู่ แต่กลไกดังกล่าวอาจจะเกิดความเสียหายหรือเสียสมดุลถ้าความเครียดมีความรุนแรงและเกิดในระยะเวลาานาน (Lovallo, 1997) ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ เรื่องกาญจนเศรษฐ์ (2555) นิธิรัตน์ บุญตานนท์ และภัสสรานารักษ์ (2555) DeVito (2010) และ Cox et al. (2008) ที่พบว่า แม่วัยรุ่นมีความเครียดสูง อันเป็นผลมาจากการดูแลสุขภาพของตนเอง

ในขณะที่ตั้งครรภ์ ความไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตรหรือรับภาระการเลี้ยงดูบุตรไม่ไหว
ไม่รู้จะทำอย่างไรเมื่อลูกร้องไห้ ขาดความรู้เกี่ยวกับการเป็นแม่ในทุก ๆ เรื่อง มีความสับสน
ในการดูแลบุตร ทำให้เกิดอาการแยกตัว หงุดหงิด อารมณ์เสื่อง่าย โกรธง่าย รู้สึกเดียวดาย นอกจาก
ความเครียดที่เกิดจากการเลี้ยงดูลูก การขาดการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอก็ทำให้แม่วัยรุ่น
เกิดความเครียด เช่น กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูลูกและการดำรงชีพ การแยกกับทางกับสามี
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ ทัศนพงษ์ (2550) ซึ่งพบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัว
มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า อายุ
รายได้เฉลี่ย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนจากครอบครัว
ช่วยลดความเครียดและทำให้มารดาไม่เกิดภาวะซึมเศร้า

1.2 ภาวะซึมเศร้าของแม่วัยรุ่น

แม่วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยร้อยละ 17.65 ซึ่งเป็นระดับที่ไม่ต้องรักษา
และไม่พบว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แต่ต้องได้รับคำแนะนำให้มีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง
เมื่อพิจารณารายบุคคล พบว่า แต่ละคนมีสาเหตุของการเกิดที่แตกต่างกันและเหมือนทั้งปัจจัยภายใน
ตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยแม่วัยรุ่นคนหนึ่งที่มีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบทั้งในครอบครัวและ
สถานที่ทำงาน ในขณะที่อีกคนมีความรู้เห็นคุณค่าในตนเองต่ำจากภูมิหลังของตนเอง ประกอบกับ
การมีลูกแฝดและคาดการณ์ว่าจะต้องมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ส่วนอีกคนกำลังตั้งครรภ์ซ้ำในขณะที่
แยกทางกับสามี โดยที่ฐานะครอบครัวไม่ดี พ่อแม่ไม่เข้าใจเพราะทำหน้าที่เป็นแม่ไม่เหมาะสม
ถูกตำหนิจากคนในครอบครัวเป็นประจำ ส่วนคนอื่น ๆ ไม่พบว่ามีผลบวกในแบบประเมิน 2Q
แม้สังเกตว่าน่ามีภาวะซึมเศร้าอยู่บ้าง ด้วยเหตุที่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นปัญหาที่ยุ่ยาก
ที่ไม่เพียงเกิดผลกระทบต่อหญิงหลังคลอด แต่ส่งผลกระทบต่อสามี พฤติกรรมและ
พัฒนาการของบุตร (Whiffen & Gotlib, 1989) อาการแสดงที่พบ คือ การขาดความสนใจ
ขาดความพอใจในสิ่งที่ควรพอใจ และยังมีอาการอื่นร่วมด้วยอย่างน้อย 4 อย่าง ซึ่งได้แก่ การมีปัญหา
ในเรื่องการนอน รู้สึกผิด อ่อนเพลีย เหนื่อยหน่าย ไม่กระตือรือร้น มีปัญหาในการรับประทานอาหาร
ทำให้น้ำหนักตัวลดหรือเพิ่ม มีปัญหาในการเคลื่อนไหว ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง รู้สึก
หมดหวัง รู้สึกว่าตนเองเป็นคนไม่ดี มีปัญหาเรื่องการตัดสินใจ ความต้องการทางเพศลดลง
มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย (APA., 1994; Barnett & Fowler, 1995) ความเครียดและภาวะซึมเศร้า
มีความสัมพันธ์กันอย่างมาก แต่ภาวะซึมเศร้าจะส่งผลที่รุนแรงกว่า ที่สำคัญ คือ การฆ่าตัวตาย
ปัจจัยด้านสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างแม่และลูกที่พบบ่อย คือ การที่แม่มีชีวิตที่อยู่อย่างยากลำบาก
ในสังคมและการมีปัญหสุขภาพจิต (Murry & Cooper, 1996; 1997; Sluckin, 1998) ผู้ที่มีภาวะ
ซึมเศร้าหลังคลอดจะทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตของหญิงรายนั้น และมีความเสี่ยงที่จะเกิด

ภาวะซึมเศร้าซ้ำได้อีกในการคลอดครั้งต่อไป (Cox et al., 1987) ผู้ชายที่คู่สมรมีภาวะซึมเศร้า อาจจะรู้สึกแย่ ไม่อยากอยู่กับภรรยา โดยไม่ตระหนักว่าภรรยาต้องการความช่วยเหลือ ในขณะที่ ผลการศึกษาของนักศึกษานันท์ สุขเกษม (2552) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ทั้งชนิดไม่รุนแรงและรุนแรงร้อยละ 41.96 ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความสัมพันธ์การดำรงบทบาท มารดาโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Reid and Macdows-Oliver (2007) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ อาการที่พบร่วมกับภาวะซึมเศร้า คือ ความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว มีปัญหาในการนอนหลับ สาเหตุของภาวะซึมเศร้าของแม่วัยรุ่นเกิดจาก หลายสาเหตุ เช่น การศึกษาต่ำ รายได้ไม่เพียงพอ ไม่มีการวางแผนครอบครัวหรือเกิดจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การแยกทางกับคู่สมรส

1.3 การเห็นคุณค่าในตนเองของแม่วัยรุ่น

แม่วัยรุ่นมีการรับรู้การเห็นคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกัน เนื่องจากภูมิหลังและปัญหา ที่ประสบอยู่ รวมทั้งการสนับสนุนจากทางสังคมที่ได้รับ โดยแม่วัยรุ่นที่รับรู้ว่าคุณค่าต่ำ คือ แม่วัยรุ่นที่ไม่มีพิธีสมรส แยกทางกับสามีในขณะที่กำลังตั้งครรภ์ลูกคนที่ 2 ประกอบกับฐานะ การเงินของครอบครัวไม่ดี ตนเองไม่มีรายได้ การถูกญาติผู้ใหญ่ในครอบครัวตำหนิบ่อยครั้ง จากพฤติกรรมที่ญาติผู้ใหญ่เห็นว่าไม่เหมาะสม รวมทั้งแม่วัยรุ่นที่ล้มเหลวทางการศึกษาต้องออกจาก โรงเรียนกลางคันทั้งที่เป็นคนเรียนดีและแยกทางทางกับสามี ซึ่งต่างจากแม่วัยรุ่นที่ยังอยู่กับสามี และแม่วัยรุ่นที่มีบุคคลในครอบครัวตนเองและหรือครอบครัวสามีให้การสนับสนุนทุก ๆ ด้าน การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการประเมินคุณค่าของตนเอง โดยแสดงถึงทัศนคติทั้งด้านบวกและลบ เป็นการตัดสินคุณค่าของตนเอง เป็นภาวะทางจิตใจของบุคคล ที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและ ประสบการณ์อย่างต่อเนื่องที่ทำให้บุคคลมีแรงจูงใจเพื่อไปให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งใจ ภายใต้อุปสรรค ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความสามารถ ความสำคัญ และความสำนึกของตนเอง แม้จะเป็นนามธรรม แต่สามารถวัดและสังเกตได้จากคำพูดและการกระทำ (Coopersmith, 1984; Lindenfield, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หญิงวัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงานมีความรู้สึกหมดคุณค่าในตนเอง มีการสูญเสียความมีศักดิ์ศรีในตัวเอง กลัวการถูกประณามจากสังคม (สรุตยา รองเดือน และคณะ, 2555; ศศิรินทร์ พันธุ์สุวรรณ และคณะ, 2556) รวมทั้งการศึกษาของ Letourneau et al. (2004) ที่พบว่า แม่วัยรุ่นที่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นทั้งแม่และลูกจะประสบกับความยากลำบากบ่อยครั้ง จากปัญหาทางด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ มากกว่าแม่ที่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือจบ วิทยาลัย ทำให้ได้รับความไว้วางใจน้อย มีความภาคภูมิใจในตัวเองต่ำ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Dlamini (2002) ที่พบว่า ด้านการเห็นคุณค่าในตนเองแม่วัยรุ่น แม่วัยรุ่นรู้สึกว่าคุณค่าต้องมีความรับผิดชอบ

มากกว่าวัย สูญเสียการใช้ชีวิตในช่วงของการเป็นวัยรุ่น เสียชื่อเสียง ความมั่นใจ เสียความรู้สึกที่ดีในตนเอง

1.4 สุขภาพร่างกายของแม่วัยรุ่น

การเป็นแม่วัยรุ่นส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของแม่เป็นอย่างมาก เพราะแม่วัยรุ่นมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 58.82) เกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะที่ตั้งครรภ์ ขณะคลอด ต่อเนื่องไปจนถึงหลังคลอด เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะชั๊กแห่งครรภ์ แม่วัยรุ่นหลายคนไม่สามารถอดทนต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอด ไม่สามารถเบ่งคลอดได้เอง ทำให้ต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหรือใช้เครื่องมือช่วยคลอด ซึ่งทำให้แม่เกิดความเสี่ยงจากการคลอดมากกว่าการคลอดเองตามธรรมชาติ บางคนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีอาการรุนแรงถึงกับต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและพักรักษาตัวในห้อง ไอ.ซี.ยู. ในขณะที่บางคนคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการตั้งครรภ์ในขณะที่ร่างกายมารดาขังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนตามมามากกว่าแม่วัยผู้ใหญ่ (บุญทวีสุนทรลิมศิริ และคณะ, 2552) ปัญหาที่พบบ่อย คือ มารดามีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด เนื่องจากแม่วัยรุ่นส่วนมากไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ จึงไม่กล้าฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ล่าช้า ทำให้ไม่ได้รับคำแนะนำและการดูแลที่เหมาะสม เกิดภาวะทุโภชนาการและโลหิตจาง ประกอบกับแม่ที่อายุต่ำกว่า 19 ปี มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพิษแห่งครรภ์ โรคชั๊กแห่งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งการกลั้วการเจ็บครรภ์และมีความอดทนต่อการเจ็บครรภ์น้อย ทำให้มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและใช้เครื่องมือช่วยคลอดในอัตราที่สูงกว่าแม่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งให้ผลการศึกษาเช่นเดียวกับการศึกษาของวีรพล กิตติพิบูลย์ (2555) ที่พบว่า แม่วัยรุ่นมีอัตราการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ อัตราการคลอดก่อนกำหนดและอัตราการมีภาวะโลหิตจางสูงและการศึกษาของ Shaw et al. (2006) ที่พบว่า แม่วัยรุ่นฝากครรภ์ครั้งแรกหลัง 25 สัปดาห์และมีภาวะแทรกซ้อนทั้งในขณะที่ตั้งครรภ์และหลังคลอดมากกว่าแม่วัยผู้ใหญ่

1.5 สุขภาพลูกที่เกิดจากแม่วัยรุ่น

ทำให้มีทารกที่คลอดก่อนกำหนด ทารกคลอดน้ำหนักตัวน้อย และเกิดภาวะ Respiratory distress syndrome ในอัตราส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 11.77 ที่สำคัญคือ ทารกที่เกิดภาวะ Respiratory distress syndrome ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนานเป็นสัปดาห์ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ฉีดยาเข้าเส้นเลือด ซึ่งเป็นการทรมานสำหรับเด็ก โดยภาวะเหล่านี้พบในทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นมากกว่าในแม่วัยผู้ใหญ่ ผลกระทบต่อสุขภาพลูกของแม่วัยรุ่นเป็นผลโดยตรงจากตัวแม่ที่ไม่ฝากครรภ์หรือฝากล่าช้า และความไม่พร้อมด้านสภาพร่างกายของแม่วัยรุ่น ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของวิชา เวชยันต์ศฤงคาร (2555) ที่พบว่า แม่วัยรุ่นมีส่วนของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์น้อยกว่าแม่วัยผู้ใหญ่ ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนในทารก ได้แก่ ภาวะ

Respiratory distress syndrome มากกว่ากลุ่มแม่วัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของการเลี้ยงดูลูกของแม่วัยรุ่น พบว่า ลูกของแม่วัยรุ่นบางคนแทบไม่ได้กินนมแม่เลย เนื่องจากไม่มีการเตรียมหัวนม เต้านมในขณะตั้งครรภ์ ในขณะที่บางคนให้กินแต่เป็นระยะเวลาที่สั้นมากเพียง 1-3 เดือน โดยที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งสามารถใช้นมแม่อย่างเดียวนานเลี้ยงลูกได้นานถึง 6 เดือน การกินนมแม่ในระยะเวลาสั้นจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและพัฒนาการด้านต่าง ๆ เนื่องจากนมแม่มีสารอาหารสำคัญที่เหมาะสมที่สุดสำหรับลูก การไม่ได้กินนมแม่ทำให้เด็กเสียโอกาสที่จะรับภูมิคุ้มกันจากแม่ ไม่ได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์คือสมอง ที่สำคัญคือ การไม่ได้รับความรัก ความอบอุ่นจากการสัมผัสในขณะที่กินนม ซึ่งจะกระตุ้นพัฒนาการด้านอารมณ์ สังคม และด้านร่างกายเด็กได้เป็นอย่างดี ผลการวิจัยนี้ได้ผลไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Hootanec (2007) ที่พบว่า การกระตุ้นพัฒนาการลูกของแม่วัยรุ่นมีการกระทำน้อยกว่าแม่ที่เป็นวัยผู้ใหญ่ และในระยะ 3-6 เดือน คุณภาพการเลี้ยงดูทารกของแม่วัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงเกือบทุกด้าน นอกจากนี้ไม่เลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง แม่วัยรุ่นหลายคนยังไม่ทราบภาวะโภชนาการและพัฒนาการของลูก เนื่องจากไม่ใส่ใจเท่าที่ควร ทำให้เด็กไม่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสม ส่งผลต่อพัฒนาการทางด้านจิตสังคม ซึ่งพบว่า ลูกของแม่วัยรุ่นหลายคนเป็นเด็กคือ เงอแง เอาแต่ใจตนเอง ไม่มีเหตุผล แม่วัยรุ่นบางคนจำไม่ได้แม่กระทั่งวันนัดฉีดวัคซีนของลูก ทั้งที่มีระบบการนัดที่เข้าใจง่าย ชัดเจน ในขณะที่แม่วัยรุ่นบางคนไม่เลี้ยงลูกด้วยตนเอง แต่ให้เป็นหน้าที่ของผู้อื่น ทั้ง ๆ ที่ตนเองก็ไม่มีภาระหน้าที่ใด ๆ ซึ่งก็สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (มนฤดี เตชะอินทร์ และพรณี ศิริวรรณภา, 2555; นิธิรัตน์ บุญदानนท์ และภัสสรานรารักษ์, 2555)

1.6 การศึกษาของแม่วัยรุ่น

การศึกษาเป็นปัญหาอีกอย่างหนึ่งที่แม่วัยรุ่นได้รับผลกระทบเป็นอย่างมาก แม่วัยรุ่นเกือบทั้งหมดเป็นผู้ที่อยู่ในระบบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาทั้งตอนต้นและตอนปลาย แม่วัยรุ่นทุกคนต้องออกจากการศึกษากลางคัน โดยที่ส่วนมากไม่จบชั้นสูงสุดของการศึกษาระดับที่กำลังศึกษาอยู่ ทำให้ไม่ได้รับวุฒิการศึกษา แม่วัยรุ่นบางคนได้ศึกษาต่อ แต่เป็นการศึกษานอกระบบ ในขณะที่แม่วัยรุ่นอีกหลายคนไม่มีโอกาสได้ศึกษา การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (ของทุกฝ่าย) ทางออกที่จบลงโดยการทำแท้งอาจจะทำให้ปัญหาสิ้นสุดลง ผลกระทบที่เกิดแม้จะรุนแรง แต่เกิดในระยะสั้น ทำให้แม่วัยรุ่นและหลายครอบครัวใช้เป็นทางเลือก แต่ถ้าปล่อยให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป จะทำให้เกิดปัญหาที่สำคัญตามมา คือ ในรายที่เป็นนักเรียนเกือบทั้งหมดต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน ซึ่งมีทั้งการออกแบบชั่วคราว คือ เมื่อคลอดลูกแล้ว อาจจะกลับไปเรียนต่ออย่างเดิมหรือย้ายที่เรียนใหม่ และออกแบบถาวร คือ ไม่มีโอกาสได้เรียนต่ออีก เพราะต้องออกมา

เลี้ยงลูกหรือประกอบอาชีพ ซึ่งให้ผลการศึกษาเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของ สุภาชัย สาระจรัส (2553) นงคัตถิษณ์ สายคำแดง (2551) สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (2547) และ การศึกษาของ Zeck et al. (2007) ที่พบว่า แม่วัยรุ่นนภายหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในส่วนที่ดี และส่วนที่ไม่ดี ส่วนดี คือ แม่วัยรุ่นมีการกลับไปเรียนหนังสือเพิ่มขึ้น

1.7 ครอบครัวของแม่วัยรุ่น

ในพื้นที่ชนบทซึ่งประชาชนที่อยู่อาศัยยังมีการไปมาหาสู่กัน ทำให้ประชาชนในชุมชน ทราบความเป็นอยู่และการเปลี่ยนแปลงซึ่งกันและกัน โดยตลอด การที่ถูกสาวหรือหลานสาวบ้านใด มีปัญหาเรื่องการตั้งครรภ์ในขณะที่ยังเรียนหนังสือ ย่อมเป็นที่รับทราบกันทั่วไป การแก้ปัญหา เบื้องต้นคือ การจัดให้มีพิธีสมรส เพื่อให้ทราบว่าใครเป็นสามีของแม่วัยรุ่น แต่แม่วัยรุ่นบางคน ก็ไม่ได้มีพิธีสมรส ทำให้แม่วัยรุ่นผู้นั้นเกิดปัญหาด้านจิตสังคม ในส่วนของครอบครัว ทั้งพ่อแม่ ผู้ปกครอง และญาติผู้ใหญ่ก็ได้รับผลกระทบไม่น้อยไปกว่าแม่วัยรุ่น เพราะทำให้เกิดการเสียหน้า อับอาย เสียใจ บุคคลในครอบครัวแทบทุกคนพูดตรงกันว่า คนในครอบครัวหลายคนได้รับการศึกษาน้อยเนื่องจากขาดโอกาส เมื่อลูกหลานมีโอกาสดังนั้นก็ตั้งใจสนับสนุนด้านการศึกษาอย่างเต็มที่ เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นทุกคนในครอบครัวอับอาย เสียใจ ผิดหวังมาก และต้องหยุดงานเพื่อมาช่วย เลี้ยงดูลูก หลาน เหลน ที่เกิดมา การหยุดงานส่งผลกระทบต่อครอบครัวและการเงินของ ครอบครัว เพราะผู้ปกครองของแม่วัยรุ่นส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน และถ้าสามีของวัยรุ่นไม่ทำงาน แต่มาพักอาศัยอยู่กับครอบครัวของแม่วัยรุ่นก็จะเป็นการเพิ่มภาระเรื่องค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัว ของแม่วัยรุ่นมากขึ้น สร้างความไม่พอใจให้กับบุคคลในครอบครัวของแม่วัยรุ่น ซึ่งอาจเป็นสาเหตุ ทำให้เกิดการแยกกันอยู่ของแม่วัยรุ่นและสามีง่ายขึ้น ซึ่งก็คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของเฉลิมศรี อานกำปัง (2552) ที่พบว่า มีบุคคลในครอบครัวต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลแม่วัยรุ่นและลูก ผลกระทบต่อจิตใจของผู้ปกครองของแม่วัยรุ่น คือ เกิดความอับอาย แม่วัยรุ่นเองรู้สึกหัวำเหว ถ้าสามีไม่รับผิดชอบ และการศึกษาของ Hoontanee (2007) พบว่า แม่วัยรุ่น ไม่มีพิธีสมรสหรือ แยกกันอยู่มากกว่าแม่วัยรุ่นผู้ใหญ่

1.8 การเงินของแม่วัยรุ่น

การเป็นแม่วัยรุ่นเกือบทั้งหมดทำให้เกิดผลกระทบต่อการเงินของครอบครัว โดยพบว่า ภายหลังกคลอดลูกมีแม่วัยรุ่นเพียงร้อยละ 29.41 ที่ประกอบอาชีพ แต่เมื่อพิจารณา จำนวนเงินที่ได้รับต่อเดือนจ้ดว่าค่อนข้างน้อย และเมื่อรวมกับรายได้ของสามีก็พบว่าอยู่ในระดับต่ำ ถึงปานกลาง (คิดจากรายได้ขั้นต่ำวันละ 300 บาท) เนื่องจากแม่วัยรุ่นและสามีส่วนมากจบการศึกษา ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น นอกจากนั้นยังพบว่า ครอบครัวที่ให้การสนับสนุน แม่วัยรุ่นหลายครอบครัวมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจอยู่ก่อน การมีแม่วัยรุ่นยังทำให้ปัญหา

ทวีความรุนแรง เพราะมีค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้นแต่คนทำงานเพื่อหารายได้กลับลดลง ส่งผลให้ใช้นมที่ไม่เหมาะสมเลี้ยงทารก เนื่องจากไม่มีเงินซื้อนมผสมที่เหมาะสมกับวัยของทารก เกิดการเป็นหวัดบ่อยครั้งหรือจำนวนหวัดบ่อยครั้งเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องการรับการสนับสนุนนมผสมจากหน่วยงานของรัฐ ซึ่งได้ผลการศึกษาเช่นเดียวกับการศึกษาของเจลิสมศรี อานกำปิง (2552) ที่พบว่า เกิดการสูญเสียรายได้ของคนในครอบครัวเนื่องจากต้องออกจากงานมาดูแลแม่ไว้รูน และลูก ภาวะค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ส่วนค่าใช้จ่ายที่อาจลดลงเนื่องจากสามีแม่ไว้รูนช่วยจ่ายค่าเลี้ยงดูและการศึกษาของนัยนา ปาระมี (2551) ที่พบว่า สามีของแม่ไว้รูนมีรายได้ค่อนข้างต่ำและการศึกษาของ Hootanee (2007) ที่พบว่า แม่ไว้รูนมีเศรษฐกิจและการศึกษาค่ำกว่าแม่ไว้รูนผู้ใหญ่ ในขณะที่แม่ไว้รูนบางคนกำลังประสบปัญหาเรื่องเงินและต้องขอรับการสนับสนุนจากรัฐบาลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ Miller (2000) ที่พบว่า แม่ไว้รูนและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ต้องได้รับการช่วยเหลือจากรัฐบาล มากกว่าแม่ไว้รูนผู้ใหญ่

1.9 การสนับสนุนทางสังคมของแม่ไว้รูน

แม่ไว้รูนทุกคนล้วนได้รับการสนับสนุนจากแหล่งต่าง ๆ เริ่มจากบุคคลที่ใกล้ชิดที่สุด คือ ได้รับการสนับสนุนจากแม่ตนเอง ตั้งแต่ระยะคลอด โดยการเฝ้าคลอดที่โรงพยาบาล ได้รับความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลเด็กในขณะที่พักอยู่ในโรงพยาบาล เมื่อกลับบ้านก็ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวที่กลับมาพักอาศัยอยู่ด้วย เช่น พ่อแม่ตนเอง พ่อแม่สามี ญาติผู้ใหญ่ ทั้งในรูปของการช่วยเหลือดูแล ความรู้ ทรัพย์สินสิ่งของ ในกรณีที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ตนเอง บางคนก็ยังได้รับการสนับสนุนจากพ่อแม่ตนเองที่อยู่ห่างไกล ในรูปแบบต่าง ๆ ดังที่กล่าวมา แต่ถ้การสนับสนุนในแม่ไว้รูนบางคนที่ยังมีขีดจำกัดและไม่เหมาะสม จะด้วยสาเหตุใดก็ตาม ย่อมส่งผลให้แม่ไว้รูนคนดังกล่าวเกิดปัญหาตามมา เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม เพื่อสนับสนุนกันในด้านต่าง ๆ เช่น ความรัก ความผูกพัน ทำให้บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยการช่วยเหลืออยู่ในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาชัย สาระจรัส (2553) และณรงค์ลักษณ์ สายคำแดง (2551) ที่พบว่า การสนับสนุนที่ดียังส่งผลดีต่อการปรับตัว ลดความเครียด ภาวะซึมเศร้า ทำให้ลูกของแม่ไว้รูนมีพัฒนาการที่ดี ซึ่งหลายการศึกษาที่ผ่านมาก็ได้ผลการศึกษาเช่นเดียวกัน ทั้งในประเทศและในต่างประเทศ (สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2547; Letourneau et al., 2004; สุภาภรณ์ ทศนพวงศ์, 2550; Reid & Maedows-Oliver, 2007; Pungbangkadee, 2007; นัยนา ปาระมี, 2551) ในส่วนการสนับสนุนทางสังคม บุคลากรสาธารณสุขขณะอยู่โรงพยาบาลเมื่อคลอด ที่มีเวลาที่ค่อนข้างจำกัด ทำให้แม่ไว้รูนหลายคนยังไม่เกิดทักษะที่ถูกต้องในการดูแลบุตร ทำให้ต้องมาเรียนรู้

จากบุคคลในครอบครัวที่บางครั้งก็ไม่ถูกต้อง ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ Folcarelli (2004) ที่พบว่า คำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไม่สามารถทำให้แม่มีทักษะในการปฏิบัติ ความคำแนะนำ เพราะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลน้อยวัน

1.10 การดำรงบทบาทเป็นมารดาของแม่วัยรุ่น

แม่วัยรุ่นหลายคนสามารถดำรงบทบาทได้อย่างเหมาะสม ตั้งแต่แรกคลอดลูก โดยการให้ลูกกินนมที่ตนเอง เลี้ยงดูลูกด้วยตนเอง สังเกตการเปลี่ยนแปลงของลูก พาลูกไปรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ทราบภาวะโภชนาการ และพัฒนาการของลูก รวมทั้งการดูแลบุคคล ในครอบครัว การทำความสะอาดที่พักอาศัยในฐานะแม่บ้าน ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับตัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม การเรียนรู้และตั้งสมประสงค์การเป็นแม่ตั้งแต่ ยังไม่ตั้งครรภ์จากการช่วยญาติเลี้ยงดูลูกหลาน ในขณะที่แม่บางคนไม่สามารถดำรงบทบาทแม่ ได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากไม่ได้แสดงพฤติกรรมดังที่กล่าว อันเนื่องมาจากการสนับสนุนทางสังคม ที่ไม่เหมาะสม ที่สำคัญ คือ การแยกห่างกับสามี ทำให้ไม่ยอมเลี้ยงลูก เมื่อต้องเลี้ยงลูก กลับทำร้ายลูก ภาระหน้าที่ต่าง ๆ ตกเป็นของญาติผู้ใหญ่ในครอบครัว จึงถูกตำหนิ ทำให้เกิดปัญหา ซ้ำซ้อนมากขึ้น การดำรงบทบาทเป็นมารดาเป็นกระบวนการที่นำผู้หญิงไปสู่บทบาทที่เป็น เอกลักษณะของความเป็นมารดา ขั้นตอนเริ่มตั้งแต่การตั้งครรภ์ เป็นการเลียนแบบ การแสดงบทบาท สมมติ เป็นการจินตนาการ เป็นเอกลักษณะ โดยผู้หญิงจะมีการค้นหาข้อมูล มีการเลียนแบบ โดยการสังเกต ค้นหารูปแบบที่ดีที่สุดในตัวเองเพื่อความเป็นแม่ ผลจากการสังเกตพฤติกรรมและ การเลียนแบบทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งการไม่แสดงพฤติกรรมที่คิดว่าไม่เหมาะสม ความคิดของผู้หญิงในความเป็นแม่เป็นภาวะทางด้านจิตใจ ซึ่งเอกลักษณะที่เวลานี้จะคงอยู่ ในความเป็นแม่ของผู้หญิงคนนั้น (Rubin, 1967) โดยขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัย ได้แก่ มารดา บุตร และ สิ่งแวดล้อม ซึ่งแต่ละปัจจัยก็มีความเกี่ยวพันกัน ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของนักสนันท์ สุขเกษม (2552) พบว่า แม่ส่วนใหญ่มีการดำรงบทบาทมารดาอยู่ในระดับสูงทั้งโดยรวมและรายด้าน และการศึกษาของนัยนา ปาระมี (2551) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองที่ดีจะทำให้ แม่วัยรุ่นแสดงบทบาทแม่ได้อย่างเหมาะสม แต่แม่วัยรุ่นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับ ปานกลาง ซึ่งการรับรู้ความสามารถของแม่วัยรุ่นได้มาจากการเรียนรู้ที่เป็นประสบการณ์และ การสนับสนุนจากครอบครัว รวมทั้งการศึกษาของ Pungbangkadee (2007) ซึ่งพบว่า ความเป็นแม่วัยรุ่นอยู่บนความขัดแย้งกันระหว่างความต้องการเป็นแม่และความต้องการของวัยรุ่น ซึ่งแม่วัยรุ่นรับรู้ถึงความขัดแย้งในความต้องการ แต่แม่วัยรุ่นก็สามารถปรับตัวให้อยู่ได้กับ ความขัดแย้ง โดยการเรียนรู้บทบาทของการเป็นมารดา การปรับเปลี่ยนตัวเอง การใช้แหล่งสนับสนุน

และการปรับด้านจิตใจ ซึ่งเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการพัฒนาบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งประกอบด้วยตัวมารดาวัยรุ่น ลูก และการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ

2. การปรับตัวของแม่วัยรุ่น

แม่วัยรุ่นทุกคนมีสุขภาพกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยรุนแรงหรือเรื้อรังจนรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนมากพอใจในรูปร่างตนเอง มีความเครียดในระดับปกติ ไม่วิตกกังวลจนเกิดปัญหา รับผิดชอบเลี้ยงดูลูกด้วยตนเอง ดูแลลูกให้มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวและสังคมรอบข้าง ช่วยเหลืองานในครอบครัวได้ในระดับหนึ่ง โดยมีแม่วัยรุ่นคนใดทอดทิ้งลูกหรือต้องไปอยู่ในสถานสงเคราะห์ อีกเหตุผลหนึ่งที่เป็นเรื่องน่าสังเกต คือ การมีเพศสัมพันธ์แบบยินยอม แม้จะไม่ตั้งใจมีลูก แต่แม่วัยรุ่นคิดว่าลูกเกิดจากความรัก ไม่ใช่การถูกกระทำทางเพศ ทำให้แม่วัยรุ่นเกือบทุกคนไม่คิดทำแท้ง จึงไม่มีความคิดเชิงลบรุนแรงกับลูก ส่งผลให้แม่วัยรุ่นมากกว่าครึ่งของการวิจัยนี้มีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในทุก ๆ ด้าน ได้แก่

- 1) การปรับตัวด้านร่างกาย
- 2) การปรับตัวด้านมโนคติ
- 3) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่
- 4) การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน

แต่ก็มีบางคนที่ปรับได้ทุกด้าน โดยด้านที่ปรับตัวได้น้อยที่สุด คือ ด้านบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะบทบาทหน้าที่การเป็นแม่ เนื่องจากมีแม่วัยรุ่นร้อยละ 11.77 ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยตนเอง ทั้งที่สามารถทำได้ (บางคนอยู่บ้านเดียวกับลูก) รวมทั้งไม่ให้ลูกกินนมตัวเองหรือให้กินในระยะที่สั้นมาก ทั้งที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ในขณะที่บางคนเลี้ยงดูลูกด้วยตนเอง แต่เป็นการเลี้ยงดูที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพกาย จิต สังคม อารมณ์ของลูก บทบาทการทำหน้าที่เป็นแม่ นอกจากการเลี้ยงดูแล้ว ก็ยังมีการดูแลบ้านเรือน ซึ่งเชื่อมโยงไปยังบทบาทการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน โดยที่แม่วัยรุ่นส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่อยู่บ้าน จึงควรมีทำหน้าที่รับผิดชอบในส่วนนี้ แต่จากการประเมินโดยการสังเกตสภาพบ้านเรือน พบว่าบ้านหลายหลังที่ใช้เป็นสถานที่สัมผัสภยันตรายสุขภาพสกปรก รกรุงรังทั้งภายนอกและภายใน แสดงให้เห็นว่า แม่วัยรุ่นเหล่านี้ก็มีปัญหาในบทบาทการพึ่งพาอาศัยระหว่างกันด้วย เมื่อพิจารณารายละเอียดของแม่วัยรุ่นที่ปรับตัวไม่ได้ พบว่า มีบริบทที่คล้ายกัน คือ สภาพครอบครัวที่มีปัญหา ก่อนการเป็นแม่วัยรุ่น บุคลิกภาพความเป็นคนรับรู้เชิงลบ ไม่มั่นใจในตนเอง แยกทางกับสามี ในขณะที่ตั้งครรถ์ซ้ำ ได้รับการสนับสนุนที่ไม่เหมาะสมจากครอบครัว เนื่องจากการปรับตัวเป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดจากความรู้สึกลึกซึ้งนึกคิดของบุคคลและกลุ่มคนอย่างมีสติและเลือกที่จะบูรณาการตนเองเข้ากับสิ่งแวดล้อม การปรับตัวนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี มีความผาสุก เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี กระบวนการปรับตัวแสดงถึงความสามารถของบุคคลในการตอบสนองทางบวกต่อสถานการณ์ต่าง ๆ หรือเป็นผลจากการที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้า (Roy & Andrews, 1999) ในแม่วัยรุ่น พบว่า มีปัญหาในการปรับตัวมากกว่าแม่ที่เป็นวัยรุ่นผู้ใหญ่ เนื่องจากต้องมี

การปรับตัวพร้อมกันถึงสองกระบวนการ คือ การปรับตัวซึ่งเป็นพัฒนาการของวัยรุ่นและ การปรับตัวเพื่อดำรงบทบาทความเป็นมารดา ทำให้แม่วัยรุ่นต้องเผชิญกับความยากลำบากและ เกิดปัญหาความขัดแย้งมากมาย ซึ่งก็ให้ผลสอดคล้องกับสถิติของศูนย์พึ่งได้กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ทั่วประเทศ ในช่วงปี พ.ศ. 2547-2550 ที่พบว่า เด็กผู้หญิงที่เข้ามาใช้บริการ ที่ศูนย์พึ่งได้ ประมาณหนึ่งในสามถูกกระทำรุนแรงทางเพศ ซึ่งก็สอดคล้องกับแม่วัยรุ่นในการวิจัยนี้ ที่มีเพศสัมพันธ์แบบยินยอม เพราะทุกคนอยู่กับญาติตนเองหรือญาติสามี และผลการวิจัยนี้ให้ผลไป ในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ DeVito (2010) ที่พบว่า ความสามารถในการปรับตัวสำหรับการ เป็นแม่วัยรุ่นเกิดจากปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล ได้แก่ การเป็นคนที่มีความรับรู้ เชิงบวก เป็นคนที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ความพึงพอใจต่อการเป็นแม่ ระดับการศึกษาที่ได้รับ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแม่ของตนเอง คู่สมรส ร่วมกับการเปลี่ยนแปลง ที่เป็นพัฒนาการของวัยรุ่น ซึ่งขึ้นกับช่วงวัยและลักษณะของการเปลี่ยนแปลง และการปรับตัวไม่ได้ ในบทบาทดังกล่าวย่อมส่งผลให้แม่วัยรุ่นและบุคคลในครอบครัวรู้สึกว่ามีปัญหากับการเป็น แม่วัยรุ่นมากขึ้น

3. แนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น

3.1 แม่วัยรุ่นต้องการความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ต้องการศึกษาต่อ ไม่ว่าจะ เป็นในหรือนอกระบบ เพราะตระหนักดีว่าการศึกษาเป็นโอกาสที่ดีของการประกอบอาชีพ แต่การศึกษาในระบบก็มีความจำกัดมากดังที่กล่าวมาแล้ว หลายคนจึงเลือกเรียน กศน. เพราะใช้เวลาเรียนเพียงสัปดาห์ละ 1 วัน ระยะเวลาที่สั้นกว่าในระบบและยังเทียบ โอนวิชาที่เรียนและ สอบผ่านได้ ด้านสุขภาพ ต้องการความรู้และทักษะในการเลี้ยงลูก ดูแลตนเอง เนื่องจากไม่มีการเตรียมตัวที่ดีขณะตั้งครรภ์ ส่วนการปรับความรู้และทัศนคติของพ่อแม่ผู้ปกครองในเรื่อง การดูแลสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ โดยต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้แนะนำและปรับ เพื่อลดความขัดแย้ง เนื่องจากแม่วัยรุ่นยังต้องพึ่งพาพ่อแม่ผู้ปกครอง จึงต้องเชื่อฟังอย่างหลีกเลี่ยง ไม่ได้ ความคิดเห็นที่แตกต่างจะทำให้เกิดปัญหา จากการไม่มีอาชีพและรายได้เป็นของตนเอง ทำให้แม่วัยรุ่นต้องการการสนับสนุนที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้งที่เป็นส่วนของตนเองและลูก เพื่อลด ความลำบากใจในการขอเงินจากคนในครอบครัว เพราะหลายครอบครัวก็มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ อยู่ก่อนแล้ว เช่น การรับบริการคุมกำเนิดที่เป็นชนิดกึ่งถาวร เนื่องจากไม่ต้องต้องไปรับบริการบ่อย และคุมกำเนิดได้นาน รวมทั้งไม่ต้องกังวลเรื่องล้มรับประทานยาหรือลืมนำไปฉีดตามนัด ในส่วนลูก ก็ต้องการนมผสมใช้เลี้ยงเพื่อความสะดวกเวลาต้องฝากให้คนอื่นช่วยเลี้ยง ด้านการสังคมสงเคราะห์ ต้องการให้มีสถานที่พักพิงกรณีที่ดินตนเองหรือครอบครัวไม่สามารถเลี้ยงดูได้

ในขณะที่เดียวกันก็ต้องการทำงานเพื่อมีรายได้เป็นของตนเอง แต่ก็มีข้อจำกัดเรื่องเลี้ยงลูก จึงอยากทำงานซึ่งไม่ไกลที่พักเพื่อจะได้มีเวลาดูแลลูกบ้าง

3.2 ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแม่และเด็กมีแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นอย่างครอบคลุมเกือบทุกด้าน เช่น ด้านการศึกษา ในแต่ละโรงเรียนก็มีครูที่รับผิดชอบนักเรียนที่มีปัญหาแม่วัยรุ่นทั้งในภาพโรงเรียนและครูประจำชั้น มีระบบที่เชื่อมโยงถึงบ้าน มีการประสานความร่วมมือเพื่อช่วยเหลือระหว่างโรงเรียนและการให้คำแนะนำต่าง ๆ แต่นักเรียนและผู้ปกครองส่วนมากเข้าไปไม่ถึงข้อมูลดังกล่าว ด้านการสาธารณสุข ก็มีพยาบาลชุมชนร่วมกับ อสม. ให้การดูแลแม่วัยรุ่นทั้งในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด แต่ปัญหาคือ การปกปิดการตั้งครรภ์ เนื่องจากเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การแก้ปัญหาเรื่องฝากครรภ์ช้าหรือไม่ฝากยังเป็นเรื่องที่ยากและยังเป็นปัญหาของสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งที่ไม่สามารถให้บริการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด สำหรับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น โรงพยาบาลเกือบทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมมือกับ สปสช. ให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรในแม่วัยรุ่น หลังคลอดทุกคนก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน ในส่วนของชุมชนก็มีการช่วยเหลือโดยมีแกนนำชุมชนประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น รพสต. ท้องถิ่น ท้องถิ่น และการช่วยเหลือโดยตรงกับ บางครอบครัวในลักษณะการดูแลของผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) มีบทบาทสำคัญ เนื่องจากเป็นผู้รับงบประมาณหลักในการพัฒนาความเป็นอยู่ของประชาชน ซึ่งแต่ก่อนเทศบาลให้ความสำคัญในเรื่องโครงสร้างพื้นฐาน แต่ปัจจุบัน สปสช. ได้มีการโอนเงินให้กับเทศบาลเพื่อใช้เป็นงบประมาณในการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกปีและเทศบาลเกือบทุกแห่งก็มีหน่วยงานย่อยที่รับผิดชอบการดำเนินงานด้านสุขภาพ ทำให้เกิด โครงการต่าง ๆ รวมทั้ง โครงการที่ดำเนินงานป้องกันและแก้ปัญหาแม่วัยรุ่น โดยมีการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เป็นภาคีเครือข่าย ทำให้สามารถบูรณาการความช่วยเหลือในเรื่องการฝึกอาชีพหรือการจัดหางานที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น ในส่วนของพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีบทบาทสำคัญหลายอย่าง เริ่มตั้งแต่วัยรุ่นหญิงที่ถูกกระทำ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ที่อายุน้อยกว่า 15 ปี โดยเป็นผู้ประสานในกระบวนการยุติธรรมกรณีที่ต้องขึ้นศาลและการแพทย์ กรณีที่ผู้เสียหายหรือญาติต้องการให้การตั้งครรภ์สิ้นสุด รวมทั้งการดูแลแม่วัยรุ่นและลูกที่ประสบปัญหาไม่มีที่พึ่งพิงให้มีที่อยู่อาศัยโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ที่สำคัญคือ แม่วัยรุ่นและครอบครัวยังเข้าไปไม่ถึงข้อมูลและแนวทางการช่วยเหลือ จึงทำให้เกิดปัญหาดังที่ปรากฏเป็นข่าวอยู่เนือง ๆ เช่น การทิ้งเด็กทารกที่ยังมีชีวิตอยู่ในสถานที่ต่าง ๆ เมื่อติดตามตัวแม่ได้แม่ก็มีความผิดทางอาญา ตกเป็นข่าวโด่งดังไปทั่ว แต่ถ้ามารุ่นเข้าถึงข้อมูล ก็จะได้รับช่วยเหลือและการประสานส่งต่ออย่างเหมาะสม

เมื่อนำข้อมูลความต้องการความช่วยเหลือในกลุ่มแม่วัยรุ่นที่ปรับตัวได้ มาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับแนวทางการช่วยเหลือซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการอยู่ พบว่า ความต้องการและการช่วยเหลือมีความสอดคล้องกัน เช่น ในเรื่องการดูแลสุขภาพของแม่และลูกนับว่าเป็นงานประจำของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ (สำนักงานโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว, 2554) ส่วนบริการคุมกำเนิด พบว่า ความต้องการของแม่วัยรุ่นมีความสอดคล้องกับบริการที่หน่วยงานสาธารณสุขจัดให้ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำโดยใช้การคุมกำเนิดกึ่งถาวร เช่น ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิดที่สามารถคุมกำเนิดได้นาน 3-5 ปี ซึ่งตรงกับคำแนะนำจากองค์การอนามัยโลก (สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ความต้องการด้านอื่น ๆ ก็มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่ได้บูรณาการความช่วยเหลือกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2556) ความสำคัญของการทำกลุ่มในทั้งสองกลุ่มอยู่ที่การนำข้อมูลการให้บริการจากผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับแม่และเด็ก ส่งให้ถึงแม่วัยรุ่นและครอบครัว ด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้เขาเหล่านั้นเข้าถึงข้อมูลการช่วยเหลือและใช้บริการได้อย่างถูกต้องตามความจำเป็น ในส่วนของผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับแม่และเด็กควรมีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติงาน มีการถอดบทเรียนร่วมกัน การสร้างภาคีเครือข่ายในระดับผู้ปฏิบัติ มีการประสานงานกันทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมทั้งนำเสนอข้อมูลไปยังผู้บริหารในระดับสูง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะได้จากผลวิจัย

1. แม่วัยรุ่นและบุคคลในครอบครัว

1.1 แม่วัยรุ่นต้องมีความสนใจในการดูแลตนเองตั้งแต่เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ โดยการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ มารับการตรวจครรภ์ตามนัด เพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการตั้งครรภ์และการคลอดทั้งด้านจิตใจ ร่างกาย โดยผ่านการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน

1.2 พ่อแม่ ผู้ปกครองต้องส่งเสริมสนับสนุนให้แม่วัยรุ่นและสามีต้องเข้ารับการอบรมในโรงเรียนพ่อแม่ในขณะตั้งครรภ์เพื่อเตรียมตัวเป็นพ่อแม่ที่มีความรู้ในการเลี้ยงดูลูกและการปรับตัวเป็นพ่อแม่อย่างเหมาะสม ผ่านการประชุมผู้ปกครองนักเรียนและเวทีประชาคมหมู่บ้าน

1.3 พ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือบุคคลในครอบครัว ควรให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ลูกหลานที่เป็นแม่วัยรุ่นอย่างเหมาะสม เช่น การให้แม่วัยรุ่นได้เลี้ยงลูกด้วยตนเองเพื่อให้แม่วัยรุ่น

เกิดความผูกพันกับลูก มั่นใจในความสามารถในการเลี้ยงลูก เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองและปรับตัวได้เหมาะสม

2. ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแม่และเด็ก

2.1 ในสถานศึกษาต้องจัดให้มีบริการการให้คำปรึกษาที่เข้าถึงง่ายและเป็นส่วนตัว สำหรับนักเรียนที่เป็นแม่ (พ่อ) วัยรุ่นและมีการประสานข้อมูลไปยังครอบครัวและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

2.2 การให้บริการฝากครรภ์ในสถานบริการ ควรแยกการให้บริการแม่วัยรุ่นออกจากผู้รับบริการที่เป็นแม่วัยผู้ใหญ่ เพื่อความเป็นสัดส่วนและลดความกระดากอายของแม่วัยรุ่น ทำให้กล้ามารับบริการ เกิดความครอบคลุมการบริการมากขึ้น เพื่อเป็นการลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสุขภาพแม่และลูก

2.3 ภายหลังคลอดลูกก่อนจำหน่ายกลับบ้าน แม่วัยรุ่นทุกคนต้องได้รับการคุมกำเนิด และต้องติดตามให้มีการคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่องจนอายุครบ 20 ปี

2.4 ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแม่และเด็กในระดับจังหวัด/ อำเภอ ควรมีการประชุมกันอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาในการดำเนินงาน และแจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขในการช่วยเหลือดูแล

2.5 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทในการดูแลแม่วัยรุ่นมากกว่าในปัจจุบัน เช่น การฝึกอบรมและเพิ่มทักษะด้านการประกอบอาชีพสำหรับแม่วัยรุ่น

2.6 มีการประชาสัมพันธ์บริการการให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นหญิงที่มีปัญหาของหน่วยงานต่าง ๆ โดยผ่านช่องทางสื่ออย่างหลากหลาย เพื่อให้วัยรุ่นทั้งชายและหญิง รวมทั้งครอบครัวเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย

2.7 ผู้ปฏิบัติงานทุกฝ่ายควรมีประสานงานกันทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยแบบไม่เป็นทางการอาจใช้ช่วยเหลือแม่วัยรุ่นในกรณีวิกฤติและฉุกเฉิน รวมทั้งการขยายการปฏิบัติไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ เนื่องจากแม่วัยรุ่นบางคนยังเป็นผู้เยาว์

2.8 ชุมชนควรสร้างค่านิยมหรือมีมาตรการทางสังคมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. วิจัยเชิงปฏิบัติการในประเด็นทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิง เพื่อให้วัยรุ่นหญิงมีทักษะในการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน

2. ศึกษาเชิงลึกแม่วัยรุ่นที่เลี้ยงลูกด้วยนมตนเองครบตามเกณฑ์ เพื่อค้นหาว่าแม่วัยรุ่นเหล่านั้นมีกระบวนการคิด การรับรู้ และทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองอย่างไร
3. วิจัยเชิงทดลอง การสอนเพศศึกษารอบด้านในโรงเรียนเพื่อนำมาพัฒนาโปรแกรมการสอนเพศศึกษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและเผยแพร่แก่โรงเรียน

บรรณานุกรม

- กรมวิชาการ. (2554). *สร้างเสริมการรู้ค่าตน...ในห้องเรียน*. กรุงเทพฯ: สถาบันแปลหนังสือ กรมวิชาการ.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *สถิติการเจ็บป่วยทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึก.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานการวิจัย การศึกษาผลกระทบด้านสังคม-เศรษฐกิจ จากการจัดตั้งครรภ์ของวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กอบกาญจน์ มัทธ โน, จินตนา พัฒนพงศ์ธร, นงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน, จวีร์วรรณ ดันพุดชา และ อิศริย์ เจตน์ประยูคต์ (บรรณาธิการ). (2552). คู่มือการใช้งานเว็บไซต์โครงการ โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: นิตินาพจนพรีนติ้ง. กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2553-2557*. (2553). เข้าถึงได้จาก rh.anamai.moph.go.th/home.html
- กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง (บรรณาธิการ) (2555). *พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. Fact sheet กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 1*, กรกฎาคม 2555.
- กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง. (2557). *สถานการณ์วัยรุ่นและนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์: สถานการณ์อนามัย การเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนปี 2555*. เข้าถึงได้จาก http://rh.anamai.moph.go.th/all_file/drh/9.1.pdf
- กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง และสายพิน คูสมิทธิ (บรรณาธิการ). (2552). *มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตร สำหรับวัยรุ่นและเยาวชนและแบบประเมินตนเอง*. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา. (2554). *รายงานการพิจารณาตีความเรื่อง ปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น*. เข้าถึงได้จาก http://library.senate.go.th/document/Ext61996199049_0002.PDF
- คู่มือการใช้งานเว็บไซต์โครงการ โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว. (2556). *โครงการสายใยรัก แห่งครอบครัว ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย เด็กเติบโตสมวัย*. เข้าถึงได้จาก www.saiyairakhospital.com/doc.php
- จิราภรณ์ ประเสริฐวิทย์. (2555). *ร่าง พ.ร.บ. แก้ปัญหาแม่วัยใส*. เข้าถึงได้จาก <http://www.showthep.com/show-156940>

- เฉลิมศรี อานกำปัง. (2552). *การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิงในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์สาทรณศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2550). *แบบประเมินโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว Version 27* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี. เข้าถึงได้จาก hc4rb.anamai.moph.go.th/index.php?mode=eventall
- นงศ์ลักษณ์ สายคำแดง. (2551). *ประสบการณ์และความต้องการของมารดาวัยรุ่น เขตนอกเมือง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- นภัสนันท์ สุขเกษม. (2552). *การดำรงบทบาทมารดาและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นักวิชาการสาธารณสุขเทศบาลตำบลชากบก. (2557, 9 ธันวาคม). สนทนากลุ่ม.
- นักสังคมสงเคราะห์. (2557, 9 ธันวาคม). สนทนากลุ่ม.
- นัยนา ปาระมี. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร การรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิริรัตน์ บุญदानนท์ และภัสสรานรรักษ์. (2555). *หยุด!!! การตั้งครรภ์วัยรุ่น เรื่องยากที่ต้องช่วยกัน. เพื่อนสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5, 6(2), 1-8.*
- เนตรชนก แก้วจันทา. (2555). *ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์: ปัจจัย ผลกระทบ และการป้องกัน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 35(1), 83-90.*
- บุญทวี สุนทรลิมศิริ, ศรีสมร ภูมณสกุล และอรพินธ์ เจริญผล (2552). *ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคองในระยะคลอด ต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 15(3), 361-372.*
- บุญฤทธิ สุจริตน์. (2556). *การพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์ ปี 2556-2560*. เข้าถึงได้จาก hp.anamai.moph.go.th/
- บุญฤทธิ สุจริตน์. (2557). *การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: นโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และติดตามประเมินผล (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

เบญจพร ปัญญาขง. (2553). การทบทวนองค์ความรู้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี:

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ผู้วิจัย. (2557, 9 ธันวาคม). สนทนากลุ่ม.

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1. (2557, 11 ตุลาคม). สัมภาษณ์.

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2. (2557, 11 ตุลาคม). สัมภาษณ์.

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3. (2557, 11 ตุลาคม). สัมภาษณ์.

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4. (2557, 11 ตุลาคม). สัมภาษณ์.

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5. (2557, 18 ตุลาคม). สัมภาษณ์.

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6. (2557, 18 ตุลาคม). สัมภาษณ์.

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7. (2557, 18 ตุลาคม). สัมภาษณ์.

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8. (2557, 18 ตุลาคม). สัมภาษณ์.

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9. (2557, 19 ตุลาคม). สัมภาษณ์.

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10. (2557, 19 ตุลาคม). สัมภาษณ์.

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11. (2557, 19 ตุลาคม). สัมภาษณ์.

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12. (2557, 23 ตุลาคม). สัมภาษณ์.

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13. (2557, 23 ตุลาคม). สัมภาษณ์.

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14. (2557, 23 ตุลาคม). สัมภาษณ์.

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15. (2557, 23 ตุลาคม). สัมภาษณ์.

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16. (2557, 23 ตุลาคม). สัมภาษณ์.

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 17. (2557, 23 ตุลาคม). สัมภาษณ์.

พยาบาลประจำ รพสต. (2557, 9 ธันวาคม). สนทนากลุ่ม.

พยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอด. (2557, 9 ธันวาคม). สนทนากลุ่ม.

พยาบาลวิชาชีพประจำ รพสต. (2557, 9 ธันวาคม). สนทนากลุ่ม.

พยาบาลวิชาชีพห้องคลอด. (2557, 9 ธันวาคม). สนทนากลุ่ม.

พระชน โยบายแนวทางการปฏิบัติงานโครงการสายใยรักแห่งครอบครัวฯ. (2553). เข้าถึงได้จาก

<http://www.ranong.doae.go.th/dataforweb53/Banna/report%20banna%2054.pdf>

พิมพ์ิตา โยธาสมุทร. (2553). แม่วัยรุ่น ปัญหาที่ไทยต้องเตรียมรับมือ. เข้าถึงได้จาก

<https://choicesforum.files.wordpress.com/2010/09/e0b981e0b8a1e0b988e0b8a7e0b8b1e0b8a2e0b8a3e0b8b8e0b988e0b899-e0b89be0b8b1e0b88de0b8abe0b8b2e0b897e0b8b5e0b988e0b984e0b897e0b8a2e0b895.pdf>

- มนฤดี เตชะอินทร์ และพรณี ศิริวรรณภา. (2555). *การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Adolescent pregnancy)*. เข้าถึงได้จาก http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=742:adolescent-pregnancy&catid=45:topic-review&Itemid=561
- แม่วัยรุ่น. (2557, 4 ธันวาคม). สนทนากลุ่ม.
- แม่ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1. (2557, 11 ตุลาคม). สัมภาษณ์.
- แม่ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10. (2557, 19 ตุลาคม). สัมภาษณ์.
- แม่ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11. (2557, 19 ตุลาคม). สัมภาษณ์.
- แม่ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15. (2557, 23 ตุลาคม). สัมภาษณ์.
- แม่ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16. (2557, 23 ตุลาคม). สัมภาษณ์.
- แม่สามีของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4. (2557, 11 ตุลาคม). สัมภาษณ์.
- แม่สามีของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14. (2557, 23 ตุลาคม). สัมภาษณ์.
- ย่าผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3. (2557, 11 ตุลาคม). สัมภาษณ์.
- ยายของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6. (2557, 18 ตุลาคม). สัมภาษณ์.
- ยายของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12. (2557, 23 ตุลาคม). สัมภาษณ์.
- รัชนี สรรเสริญ. (2548). *เอกสารคำสอนวิชา การพยาบาลชุมชนขั้นสูง*. ชลบุรี: ภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เรวดี เพชรศิราสันห์, สายฝน เอกวางกูร และนัยนา หนูนิล. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดนครศรีธรรมราช, *วารสารพยาบาล*, 55(1-4), 31-42.
- วรรณมา คงสุริยะนาวิน, เบญจวรรณ คุณรัตนภรณ์ และกิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(1), 88-99.
- วสันต์ เวทย์วัฒน์ชัย. (2550). การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น: กรณีศึกษา พ.ศ. 2546-2549 โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 2(1), 972-977.
- วาสนา ถิ่นขนอน และวิลาวัลย์ ชมนิรัตน์. (2555). การพัฒนาแนวทางการให้บริการหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในคลินิกฝากครรภ์ เครื่องข่ายบริการสุขภาพ อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(2), 25-33.
- วิชญา เวชยันต์ศฤงคาร. (2555). ผลของการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นที่คลอดครั้งแรกในโรงพยาบาลบางใหญ่. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 29(2), 82-92.

- วีรพล กิตติพิบูลย์. (2555). ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น.
วารสารการแพทย์โรงพยาบาล ศรีสะเกษ สุรินทร์ นุรีรัมย์, 27(1), 97-105.
- ศศิรินทร์ พันธ์สุวรรณ, พัชรินทร์ สังวาลย์, อธิชา มอญแสง และพัชรินทร์ ไชยบาล. (2556).
ประสบการณ์หลังตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงานในภาคเหนือตอนบน. วารสารพยาบาล
สงขลานครินทร์, 33(3), 17-36.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2540). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่มที่ 2 (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2553). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่มที่ 2 (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรุตยา รongเลื่อน, ภัทรวัลย์ ตลิ่งจิตร และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์. (2555). การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
ในวัยรุ่น: การสำรวจปัญหาและความต้องการการสนับสนุนในการรักษาพยาบาล.
วารสารพยาบาลศิริราช, 5(1), 14-28.
- ศศิรินทร์ กิตติสุขสถิต, นพวรรณ มาดาร์ตัน, วาที สิทธิ, แกรี่ ริคเตอร์ และอุไรวรรณ คะนิงสุขเกษม.
(2554). หนูยังไม่อยากเป็นแม่: เส้นทางชีวิตที่น่าห่วงใยของแม่วัยเด็กในสังคมไทย.
เข้าถึงได้จาก <http://www.teenpath.net/data/r-research/00008/tpfile/00001.pdf>
- ศูนย์เครือข่ายวิชาการเพื่อสังเกตการณ์และวิจัยความสุขชุมชน มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. (2553).
รายงานผลการสำรวจ เรื่อง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศของเด็กและเยาวชนไทย:
กรณีศึกษา เด็กและเยาวชนไทยอายุ 9-18 ปี ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ขอนแก่น
ชลบุรี และสงขลา. เข้าถึงได้จาก <http://library.thaihealth.or.th/ULIB/dublin.php?ID=4599#.VbBqbqM5PIU>
- สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. (2547). ประสบการณ์ชีวิตมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์:
การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,
1(1), 53-63.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2549). จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สนธิ สมัครการ. (2538). มีเงินก็นับว่าน่อง มีทองก็นับว่าพี่: ระบบครอบครัวและเครือญาติของไทย.
กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สายฝน เอกวางกูร. (2553). รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- สายฝน เอกวางกูร. (2548). วัยรุ่นไทยกับการเกิดภาวะซึมเศร้า: มุมมองจากวัยรุ่น. วารสารพยาบาล,
54(4), 241-251.

- สายใยรักแห่งครอบครัว ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก. (2556). *มาตรฐานการดำเนินงานสายใยรักแห่งครอบครัว*. เข้าถึงได้จาก http://hpc9.anamai.moph.go.th/saiyairuk/index.php?option=com_content&task=view&id=109&Itemid=1
- สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2553). *แนวคิดทฤษฎีด้านครอบครัว*. เข้าถึงได้จาก <http://www.owf.go.th/wofa/modules/website/upload/article/795e4343f8771c8776061fac16b5a370.pdf>
- สำนักงานโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว. (2554). *แนวทางการดำเนินงานโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว*. เข้าถึงได้จาก www.ranong.doae.go.th/dataforweb53/Banna/report%20banna%2054.pdf
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2554). *สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น*. เข้าถึงได้จาก <http://www.m-society.go.th>สถิติ>สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น>
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2556). *สถานการณ์การคลอดบุตรของวัยรุ่นไทย ปี 2555*. เข้าถึงได้จาก http://www.m-society.go.th/article_attach/10430/15330.pdf
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมา. (2554). *ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์*. เข้าถึงได้จาก http://www.nakhonratchasima.m-society.go.th/pr/pr_54_55.html
- สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *“สธ.” คลอดยุทธศาสตร์ 5 ปี ป้องกันและแก้ไขปัญหาแม่วัยรุ่น เพิ่มการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด*. เข้าถึงได้จาก http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=58236
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2553). *นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557)*. เข้าถึงได้จาก http://rh.anamai.moph.go.th/all_file/index/rh_policy.pdf
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2555). *สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนปี 2553*. เข้าถึงได้จาก rh.anamai.moph.go.th/all_file/index/teen30Juan54.pdf
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2556). *สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนปี 2554*. เข้าถึงได้จาก rh.anamai.moph.go.th/drh.html

- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2557). สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนปี 2555. เข้าถึงได้จาก rh.anamai.moph.go.th/drh.html
- สุขภาพคนไทย. (2553). “แม่วัยรุ่น” เรื่องใหญ่ที่ยังป้องกันแก้ไขกันแบบเล็ก ๆ 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ. เข้าถึงได้จาก www.moph.go.th/ops/thp/hp/index.php?id=36&group_=01&page=view_doc
- สุชา จันทน์เอม. (2540). จิตวิทยาพัฒนาการ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช
- สุจิต คุณประดิษฐ์. (2547). ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย: จุดเริ่มต้นในทารกสู่วัยผู้ใหญ่. *Chulalongkorn Medical Journal*, 48(5), 309-322.
- สุภาชัย สาระจรัส. (2553). การตั้งครรภของเด็กหญิงวัยเยาว์: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. คุษณินิพนธ์ปรัชญาคุษณินิพนธ์บัณฑิต, สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุภาภรณ์ ทศนพงศ์. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแรงสนับสนุนจากครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุวรรณา เรื่องกาญจนเศรษฐ์. (2555). พัฒนาการวัยรุ่น. เข้าถึงได้จาก resource.thaihealth.or.th/library/11146
- อสม.เขต รพสต. (2557, 9 ธันวาคม). สนทนากลุ่ม.
- อาจารย์เนาะเนาว. (2557, 9 ธันวาคม). สนทนากลุ่ม.
- อาจารย์ประจำชั้น. (2557, 9 ธันวาคม). สนทนากลุ่ม.
- Allen, S. (1998). A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychological*, 16(2-3), 107-131.
- American Psychiatric Association [APA]. (1994). *Diagnosis and statistical manual of mental disorder (DSM-IV)*. Washington (DC): American Psychiatric Press.
- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4th ed.). Washington (DC): American Psychiatric Association.
- Bandura, A. (1968). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New York: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Bandura, A. (1978). Reflections on self-efficacy. In S. Rachman (Ed.), *Advances in behavior research and therapy* (pp. 237-269). Oxford: Pergamon
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. *Annals of Child Development*, 6, 1-60.
- Bandura, A. (2003). On the psychosocial impact and mechanisms of spiritual modeling. *International Journal for the Psychology of Religion*, 13, 167-173.
- Barnett, B., & Fowler, C. (1995). *Caring for the family's future*. Sydney, Australia: Norman Swan Medical Communications.
- Beck, C. T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, 45(5), 297-303.
- Branden, N. (1981). *The psychology of self-esteem* (15th ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists.
- Brown, A. B. (2001). *Adolescent depressive disorder*. Retrieved from <http://www.namigc.org/brochures/adodepweb.htm>
- Carro, M. G., Grant, K. E., Gotlib, I. H., & Compas, B. E. (1993). Postpartum depression and child development: An investigation of mothers and fathers as sources of risk and resilience. *Development and Psychopathology*, 5(4), 567-579.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Coopersmith, S. (1981 a). *Self-esteem inventories*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Coopersmith, S. (1981 b). *The antecedent of self-esteem*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Coopersmith, S. (1984). *SEI: Self-Esteem Inventories*. Palo Alto, CA: Consulting Psychological Press
- Cox, J. E., Buman, M., Valenzuela, J., Joseph, N. P., Mitchell, A., & Woods, E. R. (2008) Depression, parenting, attributes, and social support among adolescent mothers attending a teen tot program. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 21(5), 275-281.

- Cox, J. L. (1983). Clinical and research aspects of postpartum depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecological Supplementary*, 2, 46-53.
- Cox, J. L. (1989). Postnatal Depression: A serious and neglected postpartum complication. *Baillere's Clinical and Obstetrics and Gynecology*, 3, 839-855.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786.
- DeVito, J. (2010). How adolescent mothers feel about becoming a parent. *The Journal of Perinatal Education*, 19(2), 25-34.
- Dlamini, L. S. (2002). *The problems of teenage mother in the southern Hho-Hho region of Swaziland*. Master's thesis, Advanced Nursing Science, University of South Africa.
- Eagel, G. L. (1971). Sudden and rapid death during psychological stress: Folklore or folk wisdom?. *Annals of Internal Medicine*, 74, 771-782.
- Fingeld-Connett, D. (2005). Clarification of social support. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(1), 4-9.
- Folcarelli, P. H. (2004). *An evaluation of the influence of social support and self-esteem on physical and health in postpartum mothers*. Doctoral Dissertation, Nursing Science, The Steinhardt School of Education, New York University.
- Glover, V., Liddle, P., Taylor, A., Adams, D., & Sandler, M. (1994). Mild hypomania (the highs) can be a feature of the first postpartum week. Association with later depression. *British Journal of Psychiatry*, 164(4), 517-521.
- Green, J. M., & Murray, D. (1994). The use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in research to explore the relationship between antenatal and postnatal dysphoria. In J. Cox, & J. Holden (Eds.), *Perinatal psychiatry: Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale* (pp. 180-198). London: Gaskell.
- Gregoire, A. (1995). Hormones and postnatal depression. *British Journal of Midwifery*, 3(2), 99-104.
- Hill, V. Z., Chadha, S., & Osterman, L. (2008). Psychological defense and self-esteem instability: Is defense style associated with unstable self-esteem?. *Journal of Research in Personality*, 42, 348-364.

- Hoontanee, W. (2007). *Quality of infant care among nulliparous teenage mothers in Buriram Province, Thailand*. Master's thesis, Human Reproduction and Population Planning, Faculty of Graduate studies, Mahidol University.
- Jensen, M. D., & Bobak, I. M. (1985). *Maternity and the gynaecologic care: The nurse and the family* (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Jutte, D. P., Roos, N. P., Brownell, M., Briggs, G., MacWilliam, L., & Roos, L. L. (2010). The ripples of adolescent motherhood: Social, educational and medical outcome for children of teen and prior teen mothers. *Academic Pediatrics, 10*(5), 293-301.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.
- Letourneau, N., Stewart, M., & Barnfather, A. (2004). Adolescent mothers: Support needs, resources, and support-education interventions. *Journal of Adolescent Health, 35*(6), 509-525.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Lindenfield, G. (2000). *Self Esteem*. London: Thorsons.
- Linnen, A. M., Rot, M. A. H., Ellenbogen, M. A., & Young, S. N. (2009). Interpersonal functioning in adolescent offspring of parents with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 114*(1-3), 122-130.
- Lovallo, R. W. (1997). *Stress and health: Biological and psychological interactions*. London: Sage.
- Lynch, A., Glod, C. A., & Fitzgerald, F. (2001). Psychopharmacologic treatment of adolescent depression. *Archives of Psychiatric Nursing, 15*(1), 41-47.
- Meighan, M. (2006). Romana T. Mercer: Maternal role attainment-becoming a mother. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (6th ed.) (pp. 605-622). St. Louis, MO: Mosby.
- Melvin, A. O., Ayotunde, T., & Mustapha, O. (2009). Pregnancy stigmatisation and coping strategies of adolescent mothers in two Yoruba communities, Southwestern Nigeria. In *The XXVL IUSSP International Population Conference 2009* (pp. 1-39). Nigeria: Obafemi Awolowo University.
- Mercer, R. T. (1980). Teenage motherhood: The first year. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 9*, 16-27.

- Mercer, R. T. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing Research, 30*(2), 73-77.
- Mercer, R. T. (1985). The process of maternal role attainment over the first year. *Nursing Research, 34*(4), 198-204.
- Mercer, R. T. (1986). Predictors of maternal role attachment at one year post birth. *Western Journal of Nursing Research, 8*, 9-32.
- Mercer, R. T. (1995). *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present*. New York: Springer.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship, 36*(3), 226-232.
- Mercer, R. T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing, 35*(5), 649-651.
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1990). Predictors of parental attachment during early parenthood. *Journal of Advanced Nursing, 15*, 268-280.
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1994 a). Maternal-infant attachment of experienced and inexperienced mothers during infancy. *Nursing Research, 43*(6), 344-351.
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1994 b). Predictors of maternal role competence by risk status. *Nursing Research, 43*(1), 38-43.
- Mercer, R. T., & Ferketich, S. L. (1995). Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. *Research in Nursing and Health, 18*(4), 333-343.
- Miller, F. C. (2000). Impact of adolescent pregnancy as we approach the new millennium. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 13*(1), 5-8.
- Murray, D., Cox, J. L., Chapman, G., & Jones, P. (1995). Childbirth: Life event or the start a long term difficulty? Further data from the Stroke on Trent controlled study of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry, 166*, 595-600.
- Murray, J. E. (1997). *Coping and Anger*. New Jersey: Erlbaum Associate Publishing.
- Murray, L., & Cooper, P. J. (1996). The impact of postpartum depression on child development. *International Review of Psychiatry, 8*(1), 55-63.
- Murray, L., & Cooper, P. J. (1997). Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Disease of Childhood, 77*, 99-101.

- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (2000). An information paper: Postnatal depression-A systematic review of published scientific literature to 1999. Canberra: Commonwealth of Australia.
- Newman, B. M., & Newman, P. R. (1986). *Adolescent Development*. Columbus, OH: Merrill Publishing.
- NHMRC. (2000 b). Postnatal Depression, not just the baby blues. Canberra: Commonwealth of Australia.
- Ogawa, N. (2007). *Stress, coping behavior, and social support in Japan and The United States*. Doctor dissertation, Philosophy, University of Oklahoma.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice* (5th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Prasopkittikun, T., Tilokskulchai, F., & Vipuro, N. (2010). Relationship between selected factors and parenting stress in mothers. *Journal of Nursing Science*, 28(1), 28-37.
- Pritchard, D. B., & Harris, B. (1996). Aspects of perinatal psychiatric illness. *The British Journal of Psychiatry*, 169(5), 555-562.
- Pungbangkadee, R. (2007) *Experience of Early Motherhood among Thai Adolescents*. Doctor Dissertation, Philosophy in Nursing, Chiang Mai University.
- Rasheed, S., Abdelmonem, A., & Amin, M. (2011). Adolescent pregnancy in upper Egypt. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*.112(1), 21-24.
- Reeder, S. J., Mastroiani, J. L., & Martin, L. L. (1983). *Maternity Nursing* (15th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Reid, V., & Maedows-Oliver, M. (2007). Postpartum depression in adolescent mothers: An integrative review of the literature. *Journal of Pediatric Health Care*, 21(5), 289-298.
- Roy, C. (1984). *Introduction to nursing: An adaptation model* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Roy, C. (1997) *Future of the Roy Model: Challenge to Redefine Adaptation*. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 42-48.
- Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health.
- Roy, C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model* (2nd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.

- Roy, C., & Andrews, H. A. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role: Part 1 Process. *Nursing Research*, *16*, 237-245.
- Sandelowski, M., & Barroso, J. (2003). Toward a metasynthesis of qualitative findings on motherhood in HIV-positive women. *Research in Nursing & Health*, *26*, 153-170.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, *4*, 381-406.
- Sharp, D. (1996). The prevention of postnatal depression. In T. Kendrick, A. Tylee, & P. Freeling (Eds), *The prevention of mental illness in primary care* (pp. 57-73). New York, US: Cambridge University Press
- Shaw, M., Lawlor, D. A., & Najman, J. M. (2006). Teenage children of teenage mothers: psychological, behavioural and health outcomes from an Australian prospective longitudinal study. *Journal of Social Science & Medicine*, *62*, 2526-2539.
- Sluckin, A. (1998). Bonding failure: I don't know this baby, she's nothing to do with me. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *3*(1), 11-24.
- Thaithae, S., & Thato, R. (2011). Obstetric and perinatal outcomes of teenage pregnancies in Thailand. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *24*(6), 342-346.
- Veselska, Z., Geckova, A. M., Orosova, O., Gajdosova, B., Van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2009). Self-esteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents. *Addictive behaviors*, *34*, 287-291.
- Weissman, M. (2009). Depression. *Ann Epidemiol*, *19*(4), 264-267.
- Weiss, R. S. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others* (pp. 17-26). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Whiffen, V. E., & Gotlib, I. H. (1989). Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *Journal of Abnormal Psychology*, *98*(3), 274-279.
- Williamson, V. H., & McCutcheon, H. (2002). Postnatal blues. *Singapore Nurses Journal*, *29*(2), 32-36.
- Williamson, V. H., & McCutcheon, H. (2004). Postnatal depression: A review of current literature. *Australian Journal of Midwifery*, *17*(4), 11-16.

- Woods, E. R., Obeidallah-Davis, D., Sherry, M. K., Ettinger, S. L., Simms, E. U., Dixon, R. R., Missal, S. M., & Cox, J. E. (2003). The parenting project for teen mothers: The impact of a nurturing curriculum on adolescent parenting skills and life hassles. *Ambulatory Pediatrics, 3*(5), 240-245.
- World Health Organization [WHO]. (2013). *World health statistics 2013*. Geneva, Switzerland: WHO Press.
- Zeck, W., Bjelic-Radisic, V., Haas, J., & Greimel, E. (2007). Impact of adolescent pregnancy on the future life of young mothers in terms of social, familial, and educational changes. *The Journal of Adolescent Health, 41*(4), 380-388.

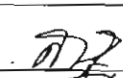

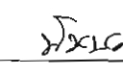

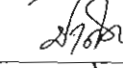
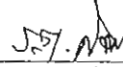
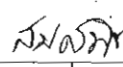
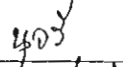

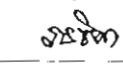
ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้ร่วมสนทนากลุ่ม
แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

รายชื่อผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มคุณนินห์ เรื่อง การปรับตัวของแม่วัยรุ่น
เพื่อศึกษาแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น

วันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2557

ณ. ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านค่าย

ลำดับ	ชื่อ สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ
1	นางเสาวภา กิจเกษม	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ	
2	นางอรุณี นพมาศรุ่งเรือง	ต.ต. 3	
3	นางสาวนันทนา เสือทองอินทร์	ครูอัตราจ้าง	
4	นางวิภากรรณ์ ใจศิริ	ต.ต. 1	
5	น.ส. ปาณิดา คุ้มชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
6	เรือตรีสุวรรณี วัฒนพงษ์	ร.ก. ๒๔ (พิเศษ) น.ต.๕	
7	ส.ส. นันทนา วัฒนพงษ์	อ.ส.๒.	
8	คุณศรี ขมเทศ	อ.ส.๒.	
9	นางสาวนันทนา อภิมงคล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
10	นางสาวนันทนา อภิมงคล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

๑. ชื่อวิทยานิพนธ์

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย) การปรับตัวของแม่วัยรุ่น

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ) THE ADAPTATION OF THE ADOLESCENT MOTHERS

๒. ชื่อนิสิต นางสาวอัญชลี เหมชะญาติ หลักสูตร ปรัชญาดุฆฎิบัณฑิต

รหัสประจำตัว ๕๔๘๑๐๑๔๖ สาขาวิชา การศึกษาและการพัฒนาสังคม คณะศึกษาศาสตร์

ภาคปกติ

ภาคพิเศษ

๓. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย:

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว
ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

๑) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย

๒) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

๓) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัยไม่ว่าจะเป็น
สิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

(✓) อนุมัติโครงการวิจัย

() ไม่อนุมัติ

๔. วันที่ให้การอนุมัติ:.....๒๘.....เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

(รองศาสตราจารย์ ดร.มนตรี แยมกสิกร)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คณบดีคณะศึกษาศาสตร์

ภาคผนวก ข
คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
หนังสือเชิญเข้าร่วมสนทนากลุ่ม



คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัย เรื่อง การปรับตัวของแม่วัยรุ่น

เรียน ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ท่านเป็นบุคคลหนึ่ง ที่ได้รับเชิญเข้าเป็นผู้ร่วมในการวิจัย ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของการปรับตัว แนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น ในเขตพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกสัมภาษณ์เชิงลึก 1-2 ครั้ง นานครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง เนื่องจากเป็นการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัย จึงไม่มีความเสี่ยงด้านร่างกาย ตลอดจนไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือเป็นอันตรายต่อผู้ร่วมการวิจัยใด ๆ ทั้งสิ้น แต่อาจมีความลำบากใจที่จะเล่าหรือตอบคำถามในบางประเด็น ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยก็มีสิทธิ์ที่จะไม่ต้องตอบหรือให้ข้อมูลเหล่านั้น และสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดการสัมภาษณ์ ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยและบุตร จะได้รับการประเมินภาวะสุขภาพกายและจิตจากผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีปัญหาจะได้รับการแก้ไขปัญหาหรือส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ที่เข้าร่วมวิจัยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น ถ้ามีค่าใช้จ่ายในการเดินทางรวมทั้งค่าเสียเวลาผู้วิจัยจะเป็นผู้จัดเตรียมให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด

ผลการวิจัยนี้จะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลจะถูกเก็บรักษาไว้ในรูปแบบเอกสารและระบบคอมพิวเตอร์ จะไม่มีหลักฐานที่แสดงถึงความเป็นบุคคลหรือชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ตอบเป็นรายบุคคลจะเก็บไว้เป็นความลับ ผู้ที่จะเข้าถึงได้คือผู้วิจัยเพียงคนเดียว และจะไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เมื่อเขียนเป็นรายงานจะส่งให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง ข้อมูลจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย โดยข้อมูลรายบุคคลจะถูกทำลายภายใน 6 เดือน เมื่อการวิจัยเสร็จสมบูรณ์

ผู้วิจัยรับรองว่า จะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง
ซ่อนเร้น จนผู้เข้าร่วมวิจัยพอใจ หากมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการหรือมีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม ผู้วิจัยจะแจ้ง
ผู้เข้าร่วมวิจัยทางโทรศัพท์ และหากผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถาม
ได้โดยตรงจากผู้วิจัย โทร. 08-1152-2334 ที่โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จ.จันทบุรี 22210

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ในความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

(นางสาวอัญชลี เหมชะญาติ)

นิสิตปริญญาเอกสาขาการศึกษาและพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยบูรพา



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิจัย เรื่อง การปรับตัวของแม่วัยรุ่น

วันให้คำยินยอม วันที่เดือน..... พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและ มีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะ บอกเลิกการเข้าร่วมใน โครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มี ผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผยในภาพรวม ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย
(.....)

Ethic 03

ในกรณีที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้แทน
(.....) โดยชอบธรรม

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย
(.....)



คำชี้แจงสำหรับท่านที่รับเชิญเข้าร่วมสนทนากลุ่ม

การวิจัย เรื่อง การปรับตัวของแม่วัยรุ่น

เรียน

ดิฉัน นางสาวอัญชลี เหมชะญาติ นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต รหัส 54810146 สาขาวิชาการศึกษาและพัฒนาสังคม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขณะนี้อยู่ระหว่างการทำ ดุษฎีนิพนธ์ เรื่อง การปรับตัวของแม่วัยรุ่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบ การปรับตัว และแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น

จากรูปแบบ โครงร่างของดุษฎีนิพนธ์ที่ประกอบด้วยการดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกในแม่วัยรุ่นและการสนทนากลุ่ม ซึ่งในขั้นตอนแรกได้มีการเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแม่วัยรุ่น ในเขตพื้นที่อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และได้ข้อมูลที่เป็นผลจากการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 เพื่อนำมาประกอบการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 2 คือแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น

โดยที่ท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นผู้บริหารจัดการ การให้บริการ รวมทั้ง แก้ไขปัญหาแม่วัยรุ่นในเขตพื้นที่อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ดิฉันจึงขอเรียนเชิญท่าน เข้าร่วม สนทนากลุ่มเพื่อสร้างแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยรุ่น ในวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2557 เวลา 10.00-12.00น. ณ สำนักงานงานสาธารณสุขอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวอัญชลี เหมชะญาติ)

นิสิตปริญญาเอกสาขาวิชาการศึกษาและพัฒนาสังคม

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หมายเหตุ กรุณายืนยันการเข้าร่วมสนทนามายังดิฉันด้วยภายหลังได้รับเอกสาร จะเป็นพระคุณยิ่ง

โทร. 08-1152-2334

ภาคผนวก ค

- แบบประเมินภาวะความเครียดด้วยตนเอง
- การประเมินและวิเคราะห์ความเครียด
- แบบบันทึกภาวะคัดกรองภาวะซึมเศร้า
- การประเมินและการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้า
- ประเด็นคำถามเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์
- ประเด็นในการสนทนากลุ่ม

รหัส.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2557...

แบบประเมินภาวะความเครียดด้วยตนเอง

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องแสดงระดับอาการ ที่เกิดขึ้นกับตัวท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด
 ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีพฤติกรรมหรือความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	ระดับความรู้สึก			
	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อย ๆ	เป็นประจำ
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด				
4. มีความวุ่นวายใจ				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				
6. ปวดหัวข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับ ทั้งสองข้าง				
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า				
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา				
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ				
12. รู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรงจะทำอะไร				
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร				
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง				
15. เสี่ยงสั้น ปากสั้น มือสั้นเวลาไม่พอใจ				
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่าง ๆ				
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลังหรือไหล่				
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย				
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ				
20. ความสุขทางเพศลดลง				
รวมคะแนน				

การประเมินและวิเคราะห์ความเครียด

ระดับคะแนน 0-5

ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมาก ทฤษฎีถือว่ามีความเป็นไปได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่มีความเครียดในระดับต่ำมากเช่นนี้ ในกรณีของท่านอาจมีหมายความว่า

- ท่านตอบคำถามไม่ตรงความเป็นจริง
- ท่านอาจเข้าใจคำสั่งหรือข้อความคลาดเคลื่อน
- ท่านอาจเป็นคนที่ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต มีความเฉื่อยชา ชีวิตประจำวัน ซ้ำซากจำเจ น่าเบื่อ ปราศจากความตื่นเต้น

ระดับคะแนน 6-17

ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รู้สึกพึงพอใจเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมาก รู้สึกมีพลัง มีชีวิตชีวา กระตือรือร้น มองสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์รอบตัวว่าเป็นสิ่งท้าทายความสามารถ มีความสามารถในการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ผลิตผลของการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ความเครียดระดับนี้ถือว่ามิใช่ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นแรงจูงใจที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในชีวิต

ระดับคะแนน 18-25

ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย มีความไม่สบายใจอันเกิดจากปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยที่ปัญหาหรือข้อขัดแย้งของท่านอาจยังไม่ได้รับการคลี่คลายหรือแก้ไข ซึ่งถือว่าเป็นความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน อาจไม่รู้สึกรู้ว่ามีความเครียดหรืออาจรู้สึกได้จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมบ้างเล็กน้อย แต่ไม่ชัดเจน และยังพอทนได้ แม้ว่าท่านจะมีความยุ่งยากในการจัดการกับปัญหาอยู่บ้างและอาจต้องใช้เวลาในการปรับตัวมากกว่าเดิม ท่านสามารถจัดการกับความเครียดได้และไม่เป็นผลเสียต่อการดำเนินชีวิต ในกรณีนี้ท่านควรผ่อนคลายความเครียดด้วยการหาความเพลิดเพลินใจต่าง ๆ เช่น ออกกำลังกาย ดูหนัง ฟังเพลง สัมผัสกับเพื่อน ฯลฯ

ระดับคะแนน 26-29

ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติปานกลาง ขณะนี้ท่านมีความตึงเครียดในระดับค่อนข้างสูง และได้รับความเคียดแค้นเป็นอย่างมากจากปัญหาทางอารมณ์ ที่เกิดจากปัญหาความขัดแย้งและวิกฤติการณ์ในชีวิต เป็นสัญญาณขั้นต้นว่าท่านกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤติและความขัดแย้ง ซึ่งท่านจัดการแก้ไขด้วยความยากลำบาก ลักษณะอาการดังกล่าวจะเพิ่มความรุนแรงซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงาน จำเป็นต้องหาวิธีแก้ไขข้อขัดแย้งต่าง ๆ ให้ลดน้อยลงหรือหมดไป

ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง และคลี่คลายความเครียดด้วยการพูดคุยปรึกษาทางโทรศัพท์ Hotline และคลินิกคลายเครียดได้จากสถานบริการทั่วประเทศ

ระดับคะแนน 30-60

ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก กำลังตกอยู่ในสภาวะตึงเครียดหรือกำลังเผชิญกับวิกฤติการณ์ในชีวิตอย่างรุนแรง เช่น การเจ็บป่วยที่รุนแรง เรือร้าง ความพิการ การสูญเสีย ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ที่รุนแรงอย่างชัดเจน ทำให้ชีวิตไม่มีความสุข ฟุ้งซ่าน คัดสินใจผิดพลาด ขาดความยับยั้งชั่งใจ อาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ความเครียดในระดับนี้ต้องขอรับบริการ Hotline และคลินิกคลายเครียด ซึ่งมีอยู่ตามสถานบริการทั่วประเทศ

รหัส.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2557

แบบบันทึกภาวะคัดกรองภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องแสดงอาการ ที่เกิดขึ้นกับตัวท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด

คำถาม		มี	ไม่มี
1.	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก : หดหู่ เศร้า ท้อแท้ หรือสิ้นหวังหรือไม่		
2.	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก : เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่		

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม

ลำดับ คำถาม	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้มากน้อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน (1-7 วัน)	เป็นบ่อย (มากกว่า 7 วัน)	เป็นทุกวัน
1.	เบื่อ ไม่สนใจ ไม่อยากทำอะไร				
2.	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้				
3.	หลับยากหรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมาก				
4.	เหนื่อยง่ายไม่ค่อยมีแรง				
5.	เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป				
6.	รู้สึกไม่คิดกับตัวเอง คิดว่าตนเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7.	สมาธิไม่คิดเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8.	พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้ เหมือนที่เคยเป็น				
9.	คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี				
รวม					

การประเมินและการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้า

1. ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม หมายถึง ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้าในขณะนี้
2. ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า หรือมีโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า
3. การประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) เพื่อช่วยการวินิจฉัยโรคและจำแนกระดับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า

น้อยกว่า 7	ไม่มีภาวะซึมเศร้า หรือมีภาวะซึมเศร้าน้อยมาก
7-12	มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย
13-18	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
มากกว่า 19	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

รหัส.....

วันที่สัมภาษณ์.....

ประเด็นคำถามเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์

1. ชื่อสมมุติ.....
2. การศึกษาขณะตั้งครรภ์..... อาชีพก่อนการตั้งครรภ์.....
3. ลักษณะการมีเพศสัมพันธ์.....ความตั้งใจ/ ความพร้อมในการมีลูก.....
4. พิธีการสมรส.....สถานภาพ.....
5. อาชีพปัจจุบัน.....รายได้ต่อเดือน.....
6. อายุเมื่อคลอดลูก.....สุขภาพและวิธีการคลอด.....
7. สุขภาพลูกแรกคลอด.....น้ำหนักลูกแรกคลอด.....
8. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่.....
9. อายุสามี.....การศึกษาของสามี.....
10. อาชีพของสามี.....รายได้ของสามีต่อเดือน.....บาท
11. ครอบครัวที่คุณพักอาศัยอยู่.....รายได้ของครอบครัวที่คุณพักอาศัย.....
12. ความเครียด
 - 12.1 ช่วงเวลาใดของชีวิตของการเป็นแม่ที่คุณรู้สึกว่ายเครียดที่สุด.....
 - 12.2 ตั้งแต่คลอดลูกเหตุการณ์ใดที่ทำให้คุณเครียดที่สุด.....
 - 12.3
13. ภาวะซึมเศร้า
14. การเห็นคุณค่าในตนเอง
15. ผลกระทบต่อสุขภาพกายของแม่วัยรุ่น
16. ผลกระทบต่อสุขภาพลูกที่เกิดจากแม่วัยรุ่น
17. ผลกระทบต่อการศึกษาของแม่วัยรุ่น
18. ผลกระทบต่อครอบครัวของแม่วัยรุ่น
19. ผลกระทบต่อการเงินของแม่วัยรุ่น
20. การสนับสนุนทางสังคม
21. การดำรงบทบาทเป็นมารดาของแม่วัยรุ่น
22. การปรับตัวของแม่วัยรุ่น ด้านร่างกาย ด้านมโนคติ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพา
ระหว่างกัน

ประเด็นการสนทนากลุ่ม

ประเด็นความต้องการการช่วยเหลือในการสนทนากลุ่มแม่วัยรุ่น

1. ด้านการศึกษา
2. ด้านสุขภาพ
3. ด้านรายได้และการประกอบอาชีพ
4. ด้านการสังคมสงเคราะห์

ประเด็นแนวทางการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับแม่วัยในการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแม่และเด็ก

1. ด้านการศึกษา
2. ด้านการสาธารณสุข
3. ด้านชุมชน
4. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
5. พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด