



รายงานการวิจัย

การศึกษาศถานการณ์แท้งในภาคใต้ของประเทศไทย

Situations of Abortion and Criminal Abortion in the Southern Part of Thailand

โสพิญ	ชุนวล
จิตใส	ลาวัลย์ตระกูล
วัฒนา	ศรีพจนารทม
ศิริรัตน์	โกศลวัฒน์
จิตติ	ลาวัลย์ตระกูล
อวยพร	สมใจ
อรนิช	แสงจันทร์
จิตรานันท์	สมพร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ทุนอุดหนุนงบประมาณแผ่นดิน ประจำปี 2550

## คำนำ

ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการทำแท้งเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ควรได้รับการแก้ไข และช่วยเหลือในสังคมไทย วิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์แท้งและการทำแท้งไม่ปลอดภัยในภาคใต้ของประเทศไทย ประโยชน์ของงานการศึกษาเรื่องนี้เพื่อช่วยให้ทราบสถานการณ์การแท้งเองและการทำแท้งไม่ปลอดภัย และกระบวนการตัดสินใจในการทำแท้งของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ทีมผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ข้อมูลในการวางแผน พัฒนางาน และหาแนวทางในการช่วยเหลือสตรีที่ตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ให้มีทางเลือกที่เหมาะสม เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาจากการทำแท้งไม่ปลอดภัย

ผศ.ดร. โสเพ็ญ ชูนวน

หัวหน้าโครงการ

## กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยดีเพราะได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่พยาบาลของโรงพยาบาลทั้ง 6 แห่ง ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้เสียสละ และตอบแบบสอบถามให้อย่างครบถ้วน และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ช่วยตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย ทำยี่สิบขอขอบคุณงบประมาณแผ่นดินที่ช่วยสนับสนุนทุนวิจัย ทำให้งานวิจัยเรื่องนี้เป็นประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่สุขภาพในการนำผลการวิจัยไปวางแผนในการช่วยเหลือสตรีกลุ่มที่ตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

## ABSTRACT

The purposes of this descriptive study were to: 1) survey the information of the pregnancy history of women who had undergone abortion; 2) survey the type, number, and related information about abortions; 3) explain the reasons for the occurrence of unsafe abortions; 4) identify the complications, impact and management of abortion; and 5) explore the women's experience and the decision making conducting unsafe abortion. The sample consisted of 422 women who had had abortions in 6 hospitals in the southern Thailand. Open and closed questions structured instruments were used for data collection. The content validity was judged by 5 experts. Percentages, means, and standard deviations tests and content analysis were used for data analysis.

The results of this study will be reported into 2 parts. The results of part I showed that more than one-third of women had unsafe abortion ( $n = 143$ ; 35.7%) and 64.3% ( $n = 259$ ) had either a spontaneous abortion or a safe abortion. They reported having an unsafe abortion due to: a social problem (not ready for a baby = 60.8%; being unmarried = 24.5%; or, being a student = 23.1%); a financial problem (insufficient income = 42.7%); a family problem (fear of family members being embarrassed = 16.8%; and/or, having enough children 6.1%). They complained, post-abortion, of having experienced: abdominal pain ( $n = 64$ ; 44.8%); fever ( $n = 55$ ; 38.5%); anemia ( $n = 25$ ; 17.5%); and, shock ( $n = 10$ ; 7.0%). Over one-third ( $n = 53$ ; 37.1%) of them experienced psychological problems that did not include social or economic issues. Most ( $n = 115$ ; 80.4%) of those who had an unsafe abortion reported making their own decisions regarding termination of the pregnancy, with 49% ( $n = 70$ ) indicating they performed their own abortion. In part II, 20 women were participated in the study; most women in the interviewed group would like to terminate their pregnancy as soon as possible ( $n = 14$ ). After they had completed abortion they felt released and then they felt guilty. They suggested that the public hospital should provide safe abortion for women with unplanned pregnancy.

The study findings indicated that most of women who had an unsafe abortion experienced physical, psychological and economical problems. Therefore, health care providers should offer counseling programs and services to prevent unwanted pregnancy and help unplanned pregnant women who want to terminate their pregnancies to have better choices and to improve the quality of their lives.

**Key words:** abortion, Thai women, unsafe abortiom

## บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการศึกษาเชิงบรรยายครั้งนี้เพื่อ 1) สํารวจข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ของหญิงหลังแท้ง 2) ประเมินชนิด จำนวนและข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการแท้ง 3) ประเมินเหตุผลของการทำแท้งไม่ปลอดภัย 4) ประเมินภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบ และการจัดการหลังแท้ง และ 5) ศึกษาประสบการณ์และกระบวนการตัดสินใจทำแท้ง การศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจการแท้งใน 6 โรงพยาบาลในภาคใต้ของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงหลังแท้งที่รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ จำนวนทั้งสิ้น 422 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีคำถามทั้งปลายเปิดและปลายปิด มีการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การรายงานผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน ผลการศึกษาส่วนที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณที่ศึกษาในสตรีหลังแท้ง 402 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าหนึ่งในสามเป็นหญิงหลังทำแท้งไม่ปลอดภัย ( $n = 143$ ; 35.7%) และเป็นหญิงหลังแท้งเอง และได้รับการทำแท้งเพื่อการรักษาจำนวน 259 คน (ร้อยละ 64.3) สตรีหลังแท้งให้เหตุผลของการทำแท้งไม่ปลอดภัยว่าเกิดจากปัญหาทางด้านสังคม (ไม่พร้อมจะมีบุตรร้อยละ 60.8, ตั้งครรภ์ก่อนสมรสร้อยละ 24.5, และกำลังศึกษาร้อยละ 23.1) ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ (มีรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 42.7) และ/หรือปัญหาทางด้านครอบครัว (กลัวครอบครัวอับอายร้อยละ 16.8 หรือมีบุตรเพียงพอแล้วร้อยละ 16.1) กลุ่มตัวอย่างรายงานว่ามีอาการปวดท้องรุนแรง ( $n = 64$ ; ร้อยละ 44.8) มีไข้ ( $n = 55$ ; ร้อยละ 38.5) มีภาวะซีด ( $n = 25$ ; ร้อยละ 17.5) และมีภาวะช็อกร้อยละ 7.0 ( $n = 10$ ) สตรีหลังแท้งมากกว่าหนึ่งในสาม ( $n = 53$ ; ร้อยละ 37.1) มีผลกระทบด้านจิตใจเพียงอย่างเดียวคือไม่มีปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจร่วมด้วย สตรีส่วนใหญ่ที่ทำแท้งไม่ปลอดภัยตัดสินใจ ยุติการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง ( $n = 115$ ; ร้อยละ 80.4) และสตรีหลังทำแท้งไม่ปลอดภัยร้อยละ 49 ( $n = 70$ ) ทำแท้งด้วยตนเอง ส่วนที่ 2 เป็นการรายงานผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่ศึกษาในสตรีหลังแท้ง 20 รายพบว่า สตรีหลังทำแท้งส่วนใหญ่ ( $n = 14$ ) ต้องการทำแท้งทันทีที่ทราบที่ตั้งครรภ์ หลังจากทำแท้งสำเร็จสตรีจะรู้สึกผ่อนคลาย และหลังจากนั้นรู้สึกสำนึกผิด สตรีหลังแท้งให้ข้อเสนอแนะว่า โรงพยาบาลของรัฐควรให้บริการทำแท้งที่ปลอดภัยให้บริการสำหรับสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีหลังทำแท้งไม่ปลอดภัยส่วนใหญ่ประสบกับปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดบริการให้คำปรึกษาและ โปรแกรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์จากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งโปรแกรมหรือบริการที่พัฒนาขึ้นนี้จะ เป็นประโยชน์สำหรับสตรีที่ตั้งครรภ์ได้ใช้ประกอบในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

คำสำคัญ: แท้ง, สตรีไทย, การทำแท้งไม่ปลอดภัย,

## สารบัญ

คำนำ.....	i
กิตติกรรมประกาศ.....	ii
บทคัดย่อ .....	iii
ABSTRACT.....	iv
สารบัญ.....	v
สารบัญตาราง.....	vi
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา .....	4
คำถามการวิจัย .....	4
ขอบเขตของการวิจัย .....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	5
<b>บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง</b>	
การแต่ง .....	6
สถานการณ์แต่ง.....	8
สาเหตุของการแต่ง .....	9
เหตุผลของการทำแต่งไม่ตลอดคภย.....	12
ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบจากการทำแต่ง .....	13
วิธีการทำแต่ง .....	16
ชนิดของแต่งและคำรักษาพยาบาล.....	17
การจัดการหลังแต่ง .....	18
ประสบการณ์และกระบวนการตัดสินใจทำแต่ง .....	18
สรุปการทบทวนวรรณคดี .....	21
<b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย</b>	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	22
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	23
ขั้นตอนการเก็บข้อมูล .....	23
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	24

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 4 ผลการศึกษาและอภิปรายผล	
ผลการศึกษา .....	25
อภิปรายผลการศึกษา .....	43
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย .....	52
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	54
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป .....	55
เอกสารอ้างอิง .....	56

## สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างสำหรับวิจัยเชิงปริมาณ .....	27
2	ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ .....	29
3	เหตุผลของการทำแท้งไม่ปลอดภัย .....	30
4	ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งไม่ปลอดภัย .....	31
5	ชนิด จำนวนและค่าใช้จ่ายในการทำแท้ง .....	34
6	ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบจากการแท้งเองและการทำแท้งไม่ปลอดภัย.....	35
7	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างสำหรับวิจัยเชิงคุณภาพ .....	36



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมส่วนใหญ่เป็นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และเป็นเหตุผลที่สำคัญที่ทำให้สตรีตัดสินใจทำแท้งผิดกฎหมายหรือ การทำแท้งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและการทำแท้งเป็นปัญหาที่มีมานานและเป็นปัญหาที่สำคัญระดับโลก (Singh, 2006) อีกทั้งยังเป็นประเด็นที่ท้าทายทั้งระดับครอบครัว ชุมชน และระดับชาติที่รัฐบาลควรให้ความสนใจและกำหนดนโยบายในการแก้ปัญหาให้ชัดเจน สำหรับประเทศไทยมีการวางแผนงานหลักในการพัฒนาสุขภาพของสตรีในระยะ 20 ปี คือตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2554 (สำนักงานปลัด สำนักนายกรัฐมนตรี, คณะอนุกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2537) โดยเน้นถึงประเด็นปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การตั้งครรภ์นอกสมรส รวมทั้งการตั้งครรภ์ในสตรีอายุต่ำกว่า 20 ปี ผลที่ตามมาจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมคือการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งสตรีส่วนใหญ่จะไปรับบริการทำแท้งจากสถานบริการที่ไม่สะอาดและไม่ได้มาตรฐาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงสูญเสียชีวิตหน่วยงานของรัฐและองค์กรเอกชนได้พยายามแก้ไขแต่ปัญหาการทำแท้งมาโดยตลอด แต่ความรุนแรงของปัญหานี้ก็ไม่ลดลงกลับมีอัตราเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในด้านการคุมกำเนิดมีอัตราสูงขึ้น โดยในปี 2546 มีอัตราการคุมกำเนิดร้อยละ 79.2 และมีอัตราการเกิดเพียง 13.2 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน และสตรีมีบุตรเฉลี่ย 1.7 คน อย่างไรก็ตามมีอัตราการตายของมารดาในระยะตั้งครรภ์สูง 20.63 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คนในปี 2546 (WHO, 2004) และอัตราการตายเกิดจากการทำแท้งไม่ปลอดภัยและการตกเลือดในขณะตั้งครรภ์

อัตราการแท้งและการทำแท้งไม่ปลอดภัย มีการรายงานตัวเลขที่แตกต่างกัน เนื่องจากมีปัญหาในการวินิจฉัยว่าเป็นการแท้งเองหรือเกิดจากการทำแท้ง จากอดีตจนถึงปัจจุบันอัตราการทำแท้งไม่เคยลดลง ในอดีตสถิติการทำแท้งทั่วโลกมีจำนวนมาก ฮินเชอร์ (Henshaw, 1990) รายงานว่าในปี 2530 มีการทำแท้งเกิดขึ้นประมาณ 35-53 ล้าน และร้อยละ 20-40 ของการทำแท้งเป็นการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ทำให้สตรีเสียชีวิตและได้รับอันตรายจากการทำแท้งที่ผิดกฎหมายปีละเป็นแสนคนทั่วโลก จากสถิติของ WHO พบว่าในช่วงปี ค.ศ. 1995-2000 พบว่ามีจำนวนสตรีที่ทำแท้งผิดกฎหมายทั่วโลกถึง 2 ล้านคนและมีสตรีเสียชีวิตจากการทำแท้งผิดกฎหมายประมาณ 78,000 คน สำหรับในทวีปเอเชียมีรายงานการทำแท้งผิดกฎหมายถึง 9,900,000 ครั้ง ในจำนวนนี้มีสตรีเสียชีวิตถึง 38,000 คน (Shears, 2002) และในปี พ.ศ. 2551 มีการทำแท้งไม่ปลอดภัยเพิ่มขึ้น 21.6 ล้านคนทั่วโลก (World Health Organization, 2008) และเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาถึงร้อยละ 13

สำหรับประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบอัตราการการแท้งสูงสุดถึง 36 ต่อ 1000 การเกิดมีชีวิต (Guttmacher Institution, 2012) ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนที่ค่อนข้างสูง

สำหรับประเทศไทยแล้วในเรื่องของการทำแท้งยังถือว่าผิดกฎหมาย ยกเว้นบางกรณีเป็นการทำแท้งเพื่อการรักษาจึงเป็นการทำแท้งที่ถูกกฎหมาย แต่จะเห็นว่าการทำแท้งที่ผิดกฎหมายนับวันจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากสถิติปี พ.ศ. 2542 จำนวนการทำแท้งในประเทศไทยประมาณ 300,000 ราย ต่อปี และอัตราตายจากการแท้งไม่ปลอดภัยของหญิงไทยเท่ากับ 300 ต่อ 100,000 รายสตรีที่ทำแท้ง (กรมอนามัย 2542) อย่างไรก็ตามข้อมูลเกี่ยวกับสถิติการทำแท้ง สถานบริการการทำแท้งในประเทศไทยยังมีข้อมูลไม่ชัดเจนเพราะการทำแท้งยังคงเป็นเรื่องปกปิดและเป็นสิ่งที่ผิดศีลธรรม การทำแท้งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในสถานบริการที่ไม่ถูกหลักทางการแพทย์ และขาดความรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของสตรีผู้ทำแท้งทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตและได้รับอันตรายจากการทำแท้งและจากอาการแทรกซ้อนต่างๆ (นภภรณ์, 2539) การทำแท้งผิดกฎหมายส่วนใหญ่จะเป็นการทำแท้งติดเชื้อ (septic abortion) เนื่องจากผู้ทำแท้งส่วนใหญ่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ดังนั้นการทำแท้งจึงไม่สะอาดหรือไม่ได้ใช้หลักการปราศจากเชื้อโรค ผลที่ตามมาคือทำให้ผู้ที่ไปทำแท้งมีการติดเชื้อในมดลูก จึงต้องเข้าไปรับบริการการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการของการติดเชื้อในมดลูก การแท้งไม่ครบ บางรายต้องตัดมดลูกทิ้งเพื่อรักษาชีวิตไว้ บางรายอาจเสียชีวิตเนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) และจากข้อมูลกรมอนามัยปี 2542 พบว่ามีผู้หญิงทำแท้งแล้วมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงร้อยละ 40 ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ ติดเชื้อในกระแสเลือด อัมเชิงกรานอักเสบ ตกเลือดมากจนต้องให้เลือดและมดลูกทะลุ (ร้อยละ 12.4, 12.0, 11.8, และ 7.4 ตามลำดับ) และพบว่ามีสตรีเสียชีวิตถึง 14 คน จากการทำแท้ง โดยอัตราตายของสตรีที่ทำแท้งสูงถึง 300 ต่อ 100,000 สตรีที่ทำแท้ง (กรมอนามัย, 2542)

การเข้าถึงสถิติการทำแท้งและการทำแท้งทั้งที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมายมีข้อจำกัดเพราะไม่มีการรายงานไว้ชัดเจน ข้อมูลที่ได้เป็นเพียงการประมาณการแท้งและการทำแท้งเท่านั้น จากการค้นคว้าจากอินเทอร์เน็ตพบว่าในการรายงานสถิติของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้รายงานแยกเรื่องการทำแท้งเอง การทำแท้งเพื่อการรักษาและการทำแท้งผิดกฎหมาย มีเพียงการรายงานในภาพรวมของสถิติจำนวนผู้ป่วยในที่มีการตั้งครรภ์แล้วแท้ง อย่างไรก็ตามจากสถิติของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการแท้งของประเทศมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในภาคใต้มีอัตราการตั้งครรภ์แล้วแท้งสูงกว่าภาคอื่นๆ และอัตราการตั้งครรภ์แล้วแท้งของประเทศไทยปี พ.ศ. 2543-2546 พบว่าอัตราการตั้งครรภ์แล้วแท้ง 92.36- 101.18 ต่อ 100,000 ประชากร ส่วนของภาคใต้อัตราการตั้งครรภ์แล้วแท้งพบ 142.62 -150.10 ต่อ 100,000 ประชากร ([http://203.157.19.191/input\\_bps.htm](http://203.157.19.191/input_bps.htm))

ด้วยเหตุนี้การทำแท้งจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและควรจะได้ได้รับความสนใจกันอย่างกว้างขวางทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ ทั้งนี้เพราะการทำแท้งไม่เพียงแต่มีผลต่อทั้งสุขภาพ

ของสตรีหลังทำแท้งเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ซึ่งต้องสูญเสียทั้งทรัพยากรมนุษย์ที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ อีกทั้งยังต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาเพราะสตรีบางรายต้องรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก บางรายต้องนอนโรงพยาบาลนานหลายสัปดาห์ (กาญจนา และเทพณรงค์, 2531) โดยพบว่านอกจากผู้ทำแท้งต้องจ่ายค่าทำแท้งเฉลี่ย 2,684 บาท/ครั้ง สูงสุด 20,500 บาทต่อครั้ง แล้วยังต้องจ่ายค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการทำแท้งที่มีค่าเฉลี่ยสูงถึง 21,024 บาทต่อคน แต่ละปีรัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการแท้งไม่ปลอดภัยเป็นจำนวนมาก และตัวสตรีที่ทำแท้งอีกก็ต้องสูญเสียอวัยวะสำคัญในรายที่ต้องถูกตัดมดลูก ค่าความสูญเสียรายวันจากการพักงานของผู้หญิง ค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เช่น ภาวะมีบุตรยาก และมีความสูญเสียทางจิตใจของครอบครัวผู้ที่เสียชีวิต (กำแพง และนงลักษณ์, 2554)

ในปี พ.ศ. 2548 ประเทศไทยได้ดำเนินงานวางแผนครอบครัวจนกระทั่งสามารถช่วยลดอัตราการเพิ่มของประชากรลงเหลือร้อยละ 1.3 อัตราการเจริญพันธุ์รวม เท่ากับ 1.7 และอัตราการคุมกำเนิดได้เพิ่มสูงถึงร้อยละ 72.2 (WHO, 2004) จะเห็นได้ว่างานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ประสบความสำเร็จมาก แต่การที่จะพัฒนาคุณภาพประชากรโดยยึดงานอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นแนวทางหลักอย่างเดียวไม่เพียงพอในสังคมโลกาภิวัตน์ เพราะปัญหาการทำแท้งยังคงสูงอยู่ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสังคม ตามมาอย่างประมาณค่ามิได้ จะเห็นได้ว่าการทำแท้งผิดกฎหมายมีผลกระทบต่อสตรีวัยเจริญพันธุ์ ครอบครัว สังคมและประเทศอย่างมาก แต่ในปัจจุบันนี้ ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบยังไม่มีการรายงานในภาพรวมของใน 14 จังหวัดภาคใต้ว่ามีสถานการณ์การแท้งบุตร หรือการทำแท้งผิดกฎหมายเป็นอย่างไร อีกทั้งยังไม่มีแนวทางการแก้ไข ปัญหาหรือป้องกันปัญหานี้อย่างชัดเจน

การศึกษาครั้งนี้มีประโยชน์เพื่อช่วยให้ทราบอัตราการแท้ง การทำแท้งผิดกฎหมาย สาเหตุของการทำแท้งผิดกฎหมาย ผลกระทบที่เกิดจากการทำแท้งและความต้องการการช่วยเหลือ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลจากสตรีหลังแท้งที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการแท้งและมีการทำแท้งผิดกฎหมายที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ทราบข้อมูลของการทำแท้งผิดกฎหมายเพื่อเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวัง และเป็นแนวทางในการลดอุบัติเหตุการแท้งผิดกฎหมายและเป็นแนวทางในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และที่สำคัญที่สุดเพื่อหาแนวทางในการให้ความช่วยเหลือสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และจำต้องยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีการที่ผิดกฎหมาย จึงจำเป็นที่จะต้องประเมินสถานการณ์ และขอบเขตของปัญหาที่แท้จริง ตลอดจน นำเอาปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบต่าง ๆ มาวิเคราะห์ วางแผน และป้องกัน เพื่อลดปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้างครั้งนี้เพื่อ

1. สสำรวจข้อมูลประวัติการตั้งครรรค์ของหญิงหลังแท้ง
2. ประเมินชนิด จำนวนและข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการแท้ง
3. ประเมินเหตุผลของการทำแท้งไม่ปลอดภัย
4. ประเมินภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบ และการจัดการหลังแท้ง และ
5. ศึกษาประสบการณ์และกระบวนการตัดสินใจทำแท้ง

## คำถามวิจัย

1. ข้อมูลประวัติการตั้งครรรค์ของหญิงหลังแท้งเป็นอย่างไร
2. ชนิด จำนวนและข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการแท้งเป็นอย่างไร
3. เหตุผลของการทำแท้งไม่ปลอดภัยมีอะไรบ้าง
4. ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบ และการจัดการหลังแท้งเป็นอย่างไร
5. ประสบการณ์และกระบวนการตัดสินใจทำแท้งไม่ปลอดภัยเป็นอย่างไร

## นิยามศัพท์

สถานการณ์การแท้ง หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการตั้งครรรค์ของสตรีหลังแท้ง ชนิดของการแท้ง จำนวนครั้ง และข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการแท้งเองหรือการทำแท้งเพื่อการรักษาและการทำแท้งไม่ปลอดภัย เหตุผลของการทำแท้งไม่ปลอดภัย ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบ และการจัดการหลังแท้ง

การทำแท้งผิดกฎหมาย หมายถึงการทำให้เกิดการสิ้นสุดการตั้งครรรค์ก่อนกำหนดคลอดและทารกไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้และไม่เป็นไปตามเงื่อนไขของกฎหมาย และเรียกอีกอย่างว่าเป็นการทำแท้งไม่ปลอดภัย

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์ของการแท้งเอง การทำแท้งเพื่อการรักษาและการทำแท้งไม่ปลอดภัย และศึกษาข้อมูลเชิงลึกที่เกี่ยวกับเหตุผลของการทำแท้งไม่ปลอดภัย ประสบการณ์ของการทำแท้ง และกระบวนการตัดสินใจทำแท้ง ในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดบริการให้คำปรึกษาและโปรแกรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์จากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ซึ่งโปรแกรมหรือบริการที่พัฒนาขึ้นนี้จะประโยชน์สำหรับสตรีตั้งครรภ์ได้ใช้ประกอบในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

## บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเพื่อศึกษาสถานการณ์การแท้งในภาคใต้ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็น การแท้ง สถานการณ์การแท้ง สาเหตุของการแท้ง เหตุผลของการทำแท้งไม่ปลอดภัยภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบจากการแท้ง วิธีการทำแท้ง ชนิดของการแท้งและคำรักษาพยาบาล การจัดการหลังแท้ง ประสพการณ์และกระบวนการตัดสินใจทำแท้งไม่ปลอดภัย

### การแท้ง

การแท้งไม่ว่าจะแท้งเองหรือทำแท้งมีผลกระทบต่อสตรีผู้แท้ง ครอบครัวและประเทศชาติ ในประเด็นเรื่องแท้งผู้วิจัยจะนำเสนอเกี่ยวกับ ความหมาย ประเภทของการแท้งบุตร สถานการณ์แท้ง สาเหตุหรือเหตุผลของการแท้ง ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบ ตามลำดับ ดังนี้

#### ความหมาย

ความหมายของการแท้ง (abortion) มีการให้ความหมายไว้คล้ายคลึง ต่างกันตรงอายุครรภ์ หรือขนาดของทารกในครรภ์ คำภาษาอังกฤษที่ใช้ใกล้เคียงกันคือ (miscarriage) ในทางการแพทย์ การแท้งหมายถึง การที่ผลิตผลจากการผสมพันธุ์ หลุดออกจากสตรี (Cunnigham, 2001) ส่วนองค์การอนามัยโลกให้ความหมายว่าการแท้งหมายถึงการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนที่เด็กจะสามารถมีชีวิตอยู่นอกครรภ์มารดา ซึ่งนับเอาการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อน 20 สัปดาห์หรือ ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 500 กรัม (Murray & McKinney, 2010) หรือในประเทศอังกฤษใช้นิยามคำว่าแท้งว่า เป็นการสิ้นสุดการตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 24 สัปดาห์ หรือทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 500 กรัม (Pitkin, Peattie, & Magowan, 2003) ในประเทศไทยความหมายของการแท้งที่ยอมรับหมายถึง การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์หรือน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม (ธนพันธ์, 2549) หรือการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ในระยะที่ทารกไม่สามารถมีชีวิตอยู่รอดได้ ในต่างประเทศคำว่าแท้งจะหมายถึงการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อน 20 สัปดาห์ หรือน้ำหนัก น้อยกว่า 500 กรัม โดยนับจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (Cunnigham et al., 2001) จะเห็นได้ว่าความหมายของการแท้งขึ้นอยู่กับความสามารถในการเลี้ยงให้ทารกมีชีวิตอยู่รอดหลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ในประเทศพัฒนาแล้ว มีเครื่องมือที่ทันสมัยทำให้สามารถเลี้ยงทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัมรอดได้จึงให้ความหมายที่ต่างจากประเทศกำลังพัฒนา

การทำแท้งผิดกฎหมาย หมายถึง การทำให้แท้งลูกหรือการทำลายชีวิตเด็กในครรภ์โดยไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางกฎหมาย มีผู้ให้ความหมายการทำแท้งผิดกฎหมายไว้คล้ายคลึงว่าเป็นการทำ

ให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์โดยตั้งใจและไม่เป็นไปตามข้อบังคับของกฎหมายได้แก่มารดามีปัญหาสุขภาพ ทารกในครรภ์มีความพิการ และการตั้งครรภ์จากการถูกข่มขืนกระทำชำเรา

การทำแท้งไม่ปลอดภัยหมายถึงการทำให้แท้งลูกหรือการทำลายชีวิตเด็กในครรภ์โดยวิธีที่ปลอดภัย จากตนเองหรือบุคคลอื่นที่ไม่มีความรู้

### ประเภทของการแท้งบุตร

การแท้งบุตรแบ่งตามสาเหตุการแท้ง ได้ 2 ประเภท 1) การแท้งบุตรที่เกิดขึ้นเอง 2) การแท้งบุตรที่เกิดจากการกระทำ มีรายละเอียดดังนี้

1. การแท้งบุตรที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous abortion) เป็นการแท้งบุตรที่ไม่ได้เกิดจากการกระทำที่มีเจตนาให้แท้ง แต่เกิดจากร่างกายของมารดาหรือทารกในครรภ์ การแท้งบุตรตามธรรมชาติมีลักษณะทางคลินิกหลายอย่าง ขึ้นกับระยะของกระบวนการแท้งบุตร ได้แก่

1.1 การแท้งไม่ครบ (incomplete abortion) หมายถึงการแท้งที่เด็ก รก หรือทั้งเด็กและรกหลุดออกมาแล้ว แต่ยังมีส่วนของรกหรือเยื่อหุ้มรกเด็กค้าง ทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกทางช่องคลอด เมื่อตรวจภายในพบว่ามีปากมดลูกเปิดอยู่อาจมีเศษรกค้าง กรณีที่ทารกตายในครรภ์ แต่ไม่ถูกขับออกมาก็เรียกว่า "การแท้งค้าง" (missed abortion) ซึ่งเป็นการแท้งที่เด็กและรกรังคังอยู่ในโพรงมดลูกนานเกิน 8 สัปดาห์ หลังเด็กตายแล้ว ผู้ป่วยจะรู้สึกว่างการของการตั้งครรภ์หายไป รวมทั้งมดลูกมีขนาดเล็กลง

1.2 การแท้งครบ (completed abortion) หมายถึงการแท้งที่เด็ก รก และเยื่อหุ้มเด็กหลุดออกมาทั้งหมด ผู้ป่วยจะมีเลือดออกน้อยลงหรือบางรายหยุดหายไป หากตรวจภายในพบปากมดลูกปิด

1.3 การแท้งคุกคาม (threatened abortion) หมายถึง มีการตกเลือดและปวดท้องเพราะมดลูกรัดตัว แต่ปากมดลูกยังไม่เปิด และเด็กยังไม่ออกจากมดลูก ปากมดลูกยังคงปิด การตั้งครรภ์อาจดำเนินต่อไป (Chamberlain & Morgan, 2002)

1.4 การแท้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (inevitable abortion) คือระยะหลังจากมีเลือดออกทางช่องคลอด ปวดท้อง และปากมดลูกเริ่มเปิด ทำให้การแท้งจะต้องเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Chamberlain & Morgan, 2002)

1.5 การแท้งเป็นอาเจิน หรือ การแท้งเป็นนิสัย (habitual abortion)สตรีบางคนอาจแท้งบุตรติดต่อกันถึง 3 ครั้งขึ้นไป (Chamberlain & Morgan, 2002)

2. การแท้งบุตรที่เกิดจากการกระทำ (induced abortion) เป็นการทำให้แท้งที่เป็นประเด็นสำคัญที่เกิดจากการทำแท้งโดยตั้งใจ คือการทำให้ตนเองแท้งบุตรอย่างตั้งใจ หรือยินยอมให้คนอื่น

ทำแท้ง มี 2 ประเภทคือ การแท้งเพื่อการรักษา (therapeutic abortion) และการทำแท้งผิดกฎหมาย (illegal abortion) (Chamberlain & Morgan, 2002)

2.1 การแท้งเพื่อการรักษา (therapeutic abortion) คือการทำแท้งเมื่อข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เพื่อสุขภาพของมารดา หากปล่อยไว้จะมีอันตรายร้ายแรงต่อชีวิตของสตรีที่ตั้งครรภ์ เป็นการแท้งในกรณีที่ทารกในครรภ์มีภาวะผิดปกติ หากปล่อยให้ตั้งครรภ์ทารกมีความพิการอย่างรุนแรง หรือการตั้งครรภ์เกิดจากการถูกข่มขืน

2.2 การทำแท้งผิดกฎหมาย (illegal abortion หรือ criminal abortion) เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางกฎหมาย ซึ่งการทำแท้งอาจทำโดยแพทย์ หรือผู้อื่นที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ ที่เรียกว่าหมอเถื่อน หรือการทำแท้งด้วยตนเอง

### สถานการณ์แท้ง

ในปัจจุบันปัญหาการทำแท้งยังคงเป็นปัญหาทางสังคมอย่างต่อเนื่อง และเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจในระดับประเทศมานานมากกว่า 30 ปี (Phuapradit, Sirivongs, & Chaturachinda, 1986) ในประเทศพัฒนาแล้วโดยภาพรวมแล้วสถิติการแท้งโดยไม่ปลอดภัยลดลงเนื่องจากมีบริการทำแท้งที่ปลอดภัย โดยเฉพาะประเทศในทวีปยุโรป พบว่าอัตราการแท้งลดลงจาก 45.5 ล้านคน ในปี ค.ศ. 1995 เป็น 41.6 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2003 แต่อัตราการแท้งไม่ปลอดภัยลดลงจาก 19.9 ล้านคน เป็น 19.7 ล้านคน (Singh, Wulf, Hussain, Bankole, & Sedgh, 2009) สำหรับประเทศกำลังพัฒนา พบว่าการตายของสตรีร้อยละ 13 เกิดจากการทำแท้งผิดกฎหมายที่เรียกว่าทำแท้งเถื่อน (Okonofua, 2006) และจากการศึกษาในปี ค.ศ. 2003 พบว่าสตรีเกือบ 20 ล้านคนทำแท้งผิดกฎหมาย และร้อยละ 98 เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ ประเทศแอฟริกา ประเทศในเอเชีย และพบว่าทุกๆ 8 นาที สตรีในประเทศกำลังพัฒนาเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งไม่ปลอดภัย (WHO, 2007)

สำหรับสถิติการทำแท้งในประเทศไทยมีข้อมูลจำกัด และมีการรายงานที่ไม่แน่ชัดเนื่องจากแหล่งของข้อมูลไม่ชัดเจน และข้อมูลที่สตรีตั้งครรภ์ให้บางครั้งไม่ตรงกับอาการและอาการแสดง เนื่องจากอับอายไม่กล้าให้ข้อมูลสาเหตุของการทำแท้งเมื่อมีการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม อีกทั้งทัศนคติของผู้ให้บริการบางท่านไม่ยอมรับการทำแท้งผิดกฎหมาย ทำให้สตรีตั้งครรภ์ให้ข้อมูลไม่เป็นจริง วรนิติ (2531) กล่าวว่า การทำแท้งในประเทศไทยเกิดขึ้นไม่ต่ำกว่า ปีละ 100,000 คน แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเกี่ยวกับสถิติการทำแท้ง สถานบริการการทำแท้งในประเทศไทยยังมีข้อมูลไม่ชัดเจน เพราะการทำแท้งยังเป็นเรื่องที่ถูกปิดและเป็นสิ่งที่ผิดศีลธรรม การทำแท้งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในสถานบริการที่ไม่ถูกหลักทางการแพทย์ และขาดความรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของสตรีผู้ทำแท้งทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตและได้รับอันตรายจากการทำแท้งและจากอาการแทรกซ้อนต่างๆ และจากการศึกษาข้อมูลภาคตัดขวางของสตรีหลังแท้งในโรงพยาบาลของรัฐ 787 แห่ง ตลอดปี 2542 ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 45,990 ราย ในจำนวนนี้ร้อยละ 28.5 เป็นการทำแท้ง อัตราการทำแท้งเท่ากับ



19.5 ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 ราย ในกลุ่มที่ทำแท้งร้อยละ 46.8 มีอายุ 24 ปีและต่ำกว่า และร้อยละ 30.0 เป็นวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี อายุครรภ์เฉลี่ยขณะทำแท้งเท่ากับ 13.01 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงที่เสี่ยงต่ออันตราย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.2 ทำแท้งเนื่องจากเหตุผลทางเศรษฐกิจและสังคม และร้อยละ 39.8 ทำแท้งเนื่องจากมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (Warakamin et al., 2004) และจากการศึกษา ของกาญจนา และคณะ (2546) ที่ศึกษาในสตรีหลังแท้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ระหว่างวันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2546 ถึงวันที่ 15 กรกฎาคม 2546 พบมีสตรีแท้งเองร้อยละ 50.7 และทำแท้งร้อยละ 49.3 และจากสถิติโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2538-2547 พบผู้เข้ารับการรักษาจากการทำแท้งเดือน 400 ราย (สถิติโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2546)

### สาเหตุของการแท้ง

จากการศึกษาพบว่าเหตุผลในการแท้งมีหลายสาเหตุ การแท้งเอง การทำแท้งเพื่อการรักษา และการทำแท้งที่ผิดกฎหมาย

**สาเหตุของการแท้งเอง** การแท้งเองส่วนใหญ่จะเกิดจากสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ และความผิดปกติของทารกซึ่งเกิดจากการพัฒนาตัวอ่อนที่ผิดปกติ หรือ เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซม จากการศึกษาพบว่า การแท้งเองเกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมร้อยละ 50-60 (Bianco, Caughey, Shaffer, Davis, & Norton, 2006) สาเหตุการแท้งเองได้แก่

1. สาเหตุจากสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ การติดเชื้อ โรคเรื้อรัง การได้รับยาหรือสารเคมี และความผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ (Cunnigham et al., 2001)

- 1.1 การติดเชื้อ เช่น โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ซิฟิลิส (Syphilis) หัดเยอรมัน (Rubella) เป็นต้น
- 1.2 โรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง ความดันโลหิตสูง วัณโรค
- 1.3 ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เช่น เบาหวาน
- 1.4 ความผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น เนื้องอกในมดลูก ปากมดลูกไม่แข็งแรง มีผนังกันโพรงมดลูก
- 1.5 ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (SLE)
- 1.6 การได้รับสารเคมี ยา หรือภาวะแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ กาแฟ การฉายแสง การได้รับสารพิษ เช่น สารหนู สารตะกั่ว
- 1.7 อุบัติเหตุ เช่น หกล้ม รถชน หรือ ถูกทำร้ายร่างกาย

2. สาเหตุจากทารก สาเหตุส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมของทารก ซึ่งเกิดขึ้นในไตรมาสแรก (ธีระพงษ์, บุญชัย, ศักนัน, สมชาย, และกระเชียร, 2551) และเกิดจากทารกในครรภ์เสียชีวิต ตั้งครรภ์ไข่มด (Warakam et al., 2004)

**สาเหตุของการทำแท้งเพื่อการรักษา** ส่วนใหญ่เกิดจากสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ความผิดปกติของทารกในครรภ์ การตั้งครรภ์จากการถูกข่มขืน ในปัจจุบันการทำแท้งเพื่อการรักษาได้มีบัญญัติเพิ่มขึ้นในข้อบังคับแพทยสภา ตามมาตรา 305 แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2548 มีข้อบังคับให้สามารถทำแท้งเพื่อการรักษาได้หากสตรีมีปัญหาสุขภาพจิต โดยจำเป็นต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอย่างน้อยหนึ่งคนที่ไม่ใช่เป็นผู้กระทำการยุติการตั้งครรภ์ ปัญหาสุขภาพทางจิตได้แก่ มีความเครียดอย่างรุนแรง (ธนพันธ์, 2549) จากสถิติของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในช่วงปีพ.ศ. 2538 -2547 พบข้อบ่งชี้ของการยุติการตั้งครรภ์เกิดจากสาเหตุจากสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกมีความผิดปกติได้แก่ มารดาติดเชื้อเอชไอวี ทารกผิดปกติอย่างรุนแรง ทารกเสียชีวิตในครรภ์ มารดาติดเชื้อหัดเยอรมัน โรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง (ธนพันธ์)

**สาเหตุของการทำแท้งไม่ปลอดภัย** สาเหตุของการทำแท้งไม่ปลอดภัยหรือการทำแท้งจากการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและมีสาเหตุหลายประการ จากการศึกษาของกองอนามัยเจริญพันธุ์พบว่าปัญหาที่สำคัญเกิดจาก มีปัญหาเศรษฐกิจถึงร้อยละ 56.8 รองลงมาคือมีปัญหาทางสังคม ร้อยละ 36.2 วางแผนครอบครัวหรือเว้นระยะการมีบุตรไม่เหมาะสมร้อยละ 34.4 ยังเรียนไม่จบร้อยละ 26.8 มีปัญหาครอบครัวร้อยละ 20.8 และตั้งครรภ์เนื่องจากคุมกำเนิดล้มเหลว ร้อยละ 15.6 (Warakamin et al., 2004) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของสุกมาสและปาจริย์ (2536) ที่พบว่าเหตุผลที่ไม่ต้องการตั้งครรภ์ต่อของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมคือ ยังไม่แต่งงาน ร้อยละ 50.8 ฐานะทางการเงินไม่อำนวยให้มีบุตรร้อยละ 40.3 ฝ่ายชายมีครอบครัวแล้ว ร้อยละ 27.4 ขัดต่ออาชีพ ร้อยละ 17.7 มีปัญหาสุขภาพร้อยละ 16.9 มีบุตรเพียงพอแล้ว ร้อยละ 8.9 มีบุตรถี่เกินร้อยละ 5.6 ถูกข่มขืนร้อยละ 5.6 มีสัมพันธ์กับชายอื่น ร้อยละ 4 และที่สำคัญพบว่าสาเหตุของการทำแท้งเกิดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจ หรือการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมซึ่งเกิดจากปัจจัย ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรม เป็นสังคมอุตสาหกรรมทำให้สตรีเข้าสู่แรงงาน อุตสาหกรรมมีอิสระมากขึ้น หรือแม้แต่เด็กในวัยเรียนก็มีอิสระมากขึ้น โดยแยกมาอาศัยอยู่ตามหอพัก ซึ่งแตกต่างจากเดิมที่อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง โอกาสพบปะกับเพศตรงข้ามมากขึ้น ประกอบกับการเปิดรับวัฒนธรรมตะวันตก และอิทธิพลของสื่อที่พัฒนาขึ้นจนสามารถสอดแทรกเรื่องเพศให้กับทุกกลุ่ม ทั้งในรูปแบบของหนังสือ สิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต ซึ่งมีผลทำให้นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์และเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม (สมพร, 2542)

2. การขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศและการเจริญพันธุ์ จากการวิจัยพบว่ากลุ่มสตรีวัยรุ่นมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ มีความเชื่อว่ามีเพศสัมพันธ์ครั้งเดียวไม่ตั้งครรภ์ หรือเชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัยทำให้ขาดวงการมีความสุขทางเพศ หรือไม่ไว้ใจซึ่งกันและกัน บางคนมีความเชื่อว่าหลังมีเพศสัมพันธ์หากประจำเดือนไม่มาสามารถรับประทานยาขับประจำเดือนได้ทำให้ไม่เกิดการตั้งครรภ์ (สมพร, 2542)

3. การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการคุมกำเนิด รวมทั้งความล้มเหลวของวิธีคุมกำเนิด บางคนสืมรับประทานยาคุมกำเนิด บางคนจะรับประทานยาคุมกำเนิดเฉพาะเวลามีเพศสัมพันธ์เท่านั้น บางคนที่มีบุตรเพียงพอแล้วไม่ต้องการทำหมันเพราะมีความเชื่อว่าทำหมันทำให้ทำงานหนักไม่ได้ มีปัญหาเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ความรู้สึทางเพศลดลง หรือมีความต้องการเพิ่มขึ้น (สมพร, 2542)

4. ความอ่อนประสบการณ์ในเรื่องเพศมีส่วนสำคัญที่ทำให้สตรีตกอยู่ในสภาพของการมีเพศสัมพันธ์โดยปราศจากเหตุผลในการตัดสินใจต่อรองในการป้องกันการตั้งครรภ์ (สมพร, 2542) และคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงวัยเด็กทำให้ไม่ท้อง จึงไม่จำเป็นต้องป้องกัน (สุชาชัย, 2553)

5. ข้อบกพร่องของการคุมกำเนิดและระบบบริการวางแผนครอบครัว (สุชาดา, 2541) การขาดบริการด้านการคุมกำเนิดให้แก่สตรีทุกวัยรวมทั้งกลุ่มที่ไม่แต่งงานและกลุ่มวัยรุ่น (โสเพ็ญ, 2550)

6. ค่านิยมและบรรทัดฐานทางเพศของสังคม (สุชาดา, 2541) แรงกดดันที่เกิดจากการที่สังคมไทยไม่ยอมรับการตั้งครรภ์นอกสมรส หรือตั้งครรภ์ในขณะที่เรียนหนังสือ การผลกระทบการคุมกำเนิดให้สตรี ผู้ชายบางคนมองว่าการคุมกำเนิดเป็นหน้าที่ของสตรี (โสเพ็ญ, 2550)

7. สามีหรือคู่รักเสียชีวิตกะทันหัน หรือหย่าร้าง แยกกันอยู่กับสามี (สุชาดา, 2541)

8. เกิดภาวะเจ็บป่วยรุนแรงภายในครอบครัว เช่น ตนเอง บุตร สามี พ่อแม่ หรือบุคคลสำคัญภายในครอบครัว และครอบครัวต้องพึ่งพาสตรีตั้งครรภ์อย่างมาก (สุชาดา, 2541)

9. ขาดแหล่งข้อมูลข่าวสารและหน่วยบริการให้คำปรึกษาช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาเรื่องเพศ หรือการขาดแหล่งข้อมูลข่าวสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศ (สุชาดา, 2541)

10. ขาดแคลนแหล่งช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ (สุชาดา, 2541)

11. กำลังประสบความสำเร็จในชีวิตหรือมีโอกาสก้าวหน้าในอาชีพ (สุชาดา, 2541)

โดยสรุปสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการแท้งมีได้หลายปัจจัยขึ้นอยู่กับชนิดของการแท้ง การแท้งที่พบในปัจจุบันได้ถูกแบ่งเป็น 3 ประเภท ประกอบด้วย แท้งเอง แท้งเพื่อการรักษา และแท้งไม่ปลอดภัย การแท้งเองมีหลายประเภท ได้แก่ การแท้งคุกคาม การแท้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การแท้งไม่สมบูรณ์ การแท้งค้าง แท้งติดเชื้อ (Oats & Abraham, 2010) สาเหตุของการแท้งเองยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงแต่สาเหตุที่พบบ่อยเกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมและทารกมีความพิการตั้งแต่อยู่ในครรภ์ (Schorge et al., 2008) และจากภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ (Katz, Lentz, Lobo, & Gershenson, 2007) การทำแท้งมี 2 ลักษณะ คือการทำแท้งเพื่อการรักษา และการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ส่วนสาเหตุของการทำแท้งเพื่อการรักษาส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่อาจเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตหากต้องตั้งครรภ์ ทารกมีความพิการรุนแรง การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการถูกข่มขืน ในปัจจุบันการทำแท้งเพื่อการรักษาสามารถทำได้หากสตรีตั้งครรภ์มีปัญหาทางด้านจิตใจ

นั่นคือถ้าสตรีตั้งครรรภ์มีความเครียดเนื่องจากพบว่าทารกในครรภ์มีความพิการรุนแรง หรือเสี่ยงที่จะเป็นโรคพันธุกรรมรุนแรง ซึ่งสูติแพทย์ หรือแพทย์ด้านเวชพันธุศาสตร์ได้ตรวจรับรองแล้ว และเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี แต่ต้องมีแพทย์ที่ไม่ได้เป็นผู้จัดการตั้งครรรภ์ให้อย่างน้อย 1 คน รับรองตามขั้นตอนและเงื่อนไข (ข้อบังคับแพทยสภา, 2548) ส่วนใหญ่การทำแท้งเพื่อการรักษาจะทำโดยสูติแพทย์ สาเหตุของการทำแท้งผิดกฎหมายเกิดจากการตั้งครรรภ์ที่ไม่ได้วางแผนและส่วนใหญ่สตรีตั้งครรรภ์จะเป็นผู้ทำแท้งเอง สาเหตุที่พบบ่อยของการทำแท้งไม่ปลอดภัยหรือการทำแท้งเถื่อนเกิดจากสตรีมีอายุน้อย ยังไม่พร้อมที่จะมีบุตร กำลังเรียนหนังสือ ตั้งครรรภ์ก่อนสมรส (Shivo, Bajos, Ducot, & Kaminski, 2003)

### เหตุผลของการทำแท้งไม่ปลอดภัย

จากการทบทวนวรรณคดีที่ผ่านมาพบว่าการตัดสินใจทำแท้ง เกิดจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ด้านครอบครัว ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ เหตุผลที่สำคัญที่ทำให้สตรีทำแท้งเนื่องจากไม่พร้อมที่จะมีบุตร (สมจิตต์, 2549) และการมีบุตรจะทำให้ชีวิตหรืออนาคตเปลี่ยนไป (สุนารี, 2546) จากการศึกษาของสุชาติ (2541) ที่ศึกษาการตั้งครรรภ์ไม่พึงปรารถนาและการตัดสินใจทำแท้งในกลุ่มตัวอย่าง 58 ราย แบ่งเป็นสตรีที่ตัดสินใจทำแท้ง 38 ราย และที่ตัดสินใจตั้งครรรภ์ต่อไป 20 ราย และจากการศึกษาของกาญจนา และคณะ (2546) พบว่าเหตุผลที่สำคัญของการทำแท้ง คือ กำลังศึกษาและไม่ต้องการมีบุตร เช่นเดียวกับการศึกษาของปราณี (2551) ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลทั้ง 13 ราย มีการตั้งครรรภ์ไม่พึงปรารถนา โดยให้เหตุผลว่ากำลังศึกษาอยู่ 7 ราย และมีบุตรเพียงพอแล้ว 2 ราย มีปัญหาค่าใช้จ่าย ส่วนการศึกษาของนวลฉวี (2537) พบว่าเหตุผลที่สตรีทำแท้งเกิดจากปัญหาเศรษฐกิจ มีเงินไม่พอใช้ร้อยละ 53.33 เหตุผลรองลงมาคืออุปสรรคต่ออาชีพร้อยละ 22.22 และมีลูกถึงร้อยละ 2.22

ซึ่งเหตุผลที่สตรีตัดสินใจทำแท้งสอดคล้องกันทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนาที่พบว่าเหตุผลของการทำแท้งเกิดจากปัญหาทางด้านครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งจากการศึกษาเรื่องเหตุผลของการทำแท้งของสตรีชาวอเมริกันพบว่าส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าไม่พร้อมที่จะมีบุตรคนใหม่ร้อยละ 60.8 มีรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 42.7 มีเพศสัมพันธ์และตั้งครรรภ์ก่อนสมรสร้อยละ 24.5 และต้องการที่จะศึกษาต่อร้อยละ 23.1 (Lawrence et al., 2005) และจากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศอีกหนึ่งเรื่องพบว่าเหตุผลของการทำแท้งผิดกฎหมายเกิดจากการตั้งครรรภ์ที่เกิดจากการถูกข่มขืนหรือมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สมัครใจ ตั้งครรรภ์ไม่พร้อมจากการล้มเหลวของการคุมกำเนิด กลัวครอบครัวจะอับอาย กลัวต้องออกจากงาน หรือสถาบันการศึกษา สัมพันธ์ภาพกับบิดาทารกไม่ดี หรือกลัวผู้ชายไม่แต่งงานด้วย ต้องการให้จบการศึกษาก่อน หรือ มีบุตรเพียงพอแล้ว ไม่ชอบผู้ชายที่ทำให้ตั้งครรรภ์ (Olukoya, 2002) การศึกษาในประเทศกรีกพบว่าสตรีที่มีประสบการณ์การทำแท้งให้เหตุผลว่าตั้งครรรภ์ก่อนสมรสร้อยละ 60.7 (Dimoula et al., 2009)

และสอดคล้องกับการศึกษาในเมืองไทยที่พบว่าสตรีหลังแท้งส่วนใหญ่ให้เหตุผลของการทำแท้งว่ามาจากด้านสังคมและเศรษฐกิจร้อยละ 56.8 โดยเฉพาะกลุ่มสตรีหลังแท้งวัยรุ่นให้เหตุผลว่าต้องทำแท้งเพราะความไม่พร้อมทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ และพบว่าเหตุผลของการทำแท้งเกิดจากคู่สมรสไม่พร้อมจะมีบุตร มีบุตรเพียงพอแล้ว (Prohm, 2009) เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่าสตรีหลังแท้งให้เหตุผลของการทำแท้งว่ามาจากปัญหาเกี่ยวกับการศึกษาต่อ การตั้งครรรภ์ทำให้ไม่สามารถเรียนต่อได้ (Broen et al; 2005; Finer et al, 2005) และปัญหาด้านเศรษฐกิจ (Senbeto, Alene, Abesno, Yenench, 2005)

เช่นเดียวกับการสังเคราะห์งานวิจัยจาก 27 ประเทศพบว่าเหตุผลที่พบบ่อยของการทำแท้งคือไม่ต้องการมีบุตรและต้องการขยายเวลาของการตั้งครรรภ์ออกไป และเหตุผลรองลงมาคือมีปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งจะทำให้เกิดผลกระทบต่อการศึกษาต่อ หรือการทำงาน อีกทั้งเกิดจากการขาดการสนับสนุนจากบิดาของทารกในครรภ์ ฐานะยากจน ไม่สามารถเลี้ยงดูทารกที่เพิ่มมาอีกคน (Bankole, Singh, & Haas, 1998) และยังพบว่าเหตุผลของการทำแท้งของสตรีวัยรุ่นเกิดจากเหตุผลที่สำคัญคือการตั้งครรรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และยังไม่พร้อมที่จะมีบุตรและไม่ต้องการบุตร (Bankole et al., 1998; Lawrence et al, 2005) ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านในเรื่องเหตุผลของการทำแท้งว่าเกิดจากเหตุผลหลักคือตั้งครรรภ์เมื่อยังไม่พร้อม หากตั้งครรรภ์จะทำให้มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมจึงต้องตัดสินใจทำแท้งผิดกฎหมาย และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นจะให้เหตุผลว่าการตั้งครรรภ์จะทำให้ชีวิตเปลี่ยนไป ต้องออกจากการศึกษา จึงต้องทำแท้งเพื่อต้องการศึกษาต่อ

### ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบจากการแท้ง

การแท้งทั้งที่แท้งเองหรือทำแท้งจะมีผลเสียต่อทั้งสตรีตั้งครรรภ์และครอบครัว สตรีตั้งครรรภ์ที่มีการวางแผนการตั้งครรรภ์เมื่อเกิดการแท้งก็จะทำให้รู้สึกสูญเสีย เสรีภาพ ทัศนคติที่แท้งผิดกฎหมายซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดจากการตั้งครรรภ์ที่ไม่พร้อมหรือการตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควรจะมีผลกระทบทั้งต่อร่างกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งแต่ละคนจะมีการรับรู้ถึงผลกระทบที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการและการช่วยเหลือของครอบครัว นอกจากนี้ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความรุนแรงขึ้นอยู่กับ วิธีการทำแท้ง ผู้ที่ทำแท้งให้ อายุครรรภ์ และ การเข้าถึงและคุณภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การรักษา (WHO, 2003)

### ผลกระทบต่อร่างกาย

จากการทบทวนวรรณคดีพบว่าการทำแท้งมีผลกระทบต่อร่างกายของสตรีตั้งแต่ได้รับอันตรายเพียงเล็กน้อยจนถึงได้สูญเสียอวัยวะบางส่วน และที่ร้ายแรงคือสูญเสียชีวิต จากการทบทวนวรรณคดีพบผลกระทบทางร่างกาย ดังนี้

1. ตกเลือด หลังแท้งถ้าสิ่งปฏิสนธิออกไม่หมด จะทำให้เสียเลือดตั้งแต่น้อย ๆ จนกระทั่งทำให้เกิดการช็อคและในที่สุดก็เสียชีวิต (กาญจนา และ เทพณรงค์, 2530; Srinil; 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิตกร, วิณา, และเจษฎา (2546) พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดคือภาวะตกเลือดอย่างรุนแรง ซึ่งอาจเกิดจากการเสียเลือดและการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ และการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอาการสำคัญที่สตรีหลังแท้งมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เนื่องจากอาการเลือดออกและปวดท้อง (ปราณี, 2551; Srinil) อาจเกิดจากการมีชิ้นส่วนของรกหรือทารกค้างในโพรงมดลูก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรหม (Prohm, 2009) ที่พบว่าภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งคือภาวะตกเลือด และพบถึงร้อยละ 66.66 และการมีชิ้นส่วนของรกหรือทารกค้างในโพรงมดลูกถึงร้อยละ 50 ซึ่งการมีชิ้นส่วนค้างในโพรงมดลูกทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ตกเลือด

2. ดิคเชื้อในโพรงมดลูกและกระแสเลือด การติดเชื้อเป็นสาเหตุการตายของการทำแท้งผิดกฎหมายที่สำคัญ การติดเชื้อเกิดจากกระบวนการทำแท้งไม่สะอาดเนื่องจากผู้ให้การทำแท้งไม่มีความรู้ในเรื่องหลักการปราศจากเชื้อ และการทำลายเชื้อ ผลของการติดเชื้ออาจทำให้ต้องตัดมดลูกทิ้ง หรือท่อนำไข่ตีตันมีผลทำให้เป็นหมัน หรือเชื้อเข้ากระแสเลือดอาจทำให้เสียชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนนี้พบบรองจากการตกเลือด (ธิตกร และคณะ, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบบรองลงมาคือการติดเชื้อ (ปราณี, 2551; Srinil, 2009; Prohm, 2009) อาการของการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ ผู้ป่วยจะมีอาการหนาวสั่น ตกขาวมีกลิ่นเหม็น มีเลือดออกได้ตั้งแต่เล็กน้อยจนกระทั่งปริมาณมาก (WHO, 1995) อาการแสดงของการติดเชื้อมักเกิดภายใน 2-3 วันหลังแท้ง การติดเชื้อสามารถกระจายได้อย่างรวดเร็วจากมดลูกและกลายเป็นติดเชื้อในช่องท้อง อาการไข้สูง หายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำมักเป็นตัวบ่งบอกถึงการติดเชื้อลุกลาม (เกรียงศักดิ์, 2550)

3. มดลูกทะลุ หรือมดลูกแตก ทำให้เสียเลือดมาก จึงจำเป็นต้องตัดมดลูกออก มีผลให้ไม่สามารถมีลูกได้อีกต่อไป (กาญจนา และ เทพณรงค์, 2530)

4. ไตวายเฉียบพลัน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในสตรีที่ทำแท้งผิดกฎหมาย และเป็นผลมาจากมีภาวะตกเลือดรุนแรง (กาญจนา และ เทพณรงค์, 2530; Srinil, 2009)

5. การสูญเสียอวัยวะภายในอื่น ๆ เช่น เยื่อบุช่องท้องอักเสบทั่วไป ถ้าใส่ใหญ่ทะลุกระเพาะปัสสาวะทะลุ จากการทำแท้งที่สอดใส่วัสดุไม่สะอาดเข้าทางช่องคลอดและทะลุเข้าไปในช่องท้อง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการทำแท้งของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบว่ามียุบัติการณ์ของการผ่าตัดเพื่อรักษาต่อคิดเป็นร้อยละ 5.6 (กาญจนา และ เทพณรงค์, 2530)

6. เสียชีวิต จากการศึกษาพบว่าผลกระทบที่รุนแรงที่สุดของการทำแท้งคือการสูญเสียชีวิต (Srinil, 2009)

ซึ่งจะเห็นได้ว่าการทำแท้งเป็นปัญหาสำคัญทางสูติ-นรีเวช ที่ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งระยะสั้นและระยะยาว และส่งผลกระทบต่อร่างกาย ยังส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ของสตรีที่แท้งเองและสตรีที่ทำแท้งไม่ปลอดภัย

### ผลกระทบด้านจิตใจ

ผลกระทบด้านจิตใจของสตรีที่แท้งเองและทำแท้งจะมีผลกระทบแตกต่างกัน เนื่องจากสตรีที่แท้งเองต้องการบุตรเมื่อเกิดการแท้งจะเสียใจ และมีความเศร้าโศก ส่วนสตรีที่ทำแท้งจะรู้สึกโล่งใจ และสตรีบางรายรู้สึกผิด และกลัวบาป

**กรณีที่ทำแท้งเอง** จากการศึกษาพบว่าสตรีหลังแท้งเองจะมีความรู้สึกเศร้า โศกโดยรวมในระดับสูง (กันขรักษ์, 2541; พรธณวดี, 2544; Kanchanapust et al., 2009; Prommanart, Phatharayuttawat, Boriboonhirunsarn, 2004) เนื่องจากมีการสูญเสียบุตรอันเป็นที่รัก ลักษณะเศร้าโศกจะมีอาการแสดงออกมา 6 ลักษณะคือ เศร้าเสียใจ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หนักเฉยง่าย คิดหมกมุ่นถึงทารกที่สูญเสียไป และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ นอกจากนี้การศึกษาในต่างประเทศพบว่าสตรีหลังแท้งมีความรู้สึกผิด ความรู้สึกละอาย ความรู้สึกโกรธที่ไม่สามารถมีบุตรตามที่ต้องการ (Lockwood & Lewis, 1980) สตรีบางคนมีอาการซึมเศร้าเพราะถูกคาดหวังจากครอบครัวเพื่อให้มีบุตรสืบสกุล จากการศึกษาทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบด้านจิตใจพบว่า สตรีหลังแท้งมีปัญหาด้านจิตที่พบบ่อยคือ ความเศร้าโศก เสียใจ ความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า (Athey & Spoelvogel, 2000) บางคนรู้สึกตนเองมีคุณค่าลดลงเพราะไม่สามารถมีบุตรได้

**กรณีที่ทำแท้ง** หลังจากทำแท้งสตรีหลายคนจะรู้สึกโล่งใจ แต่มีสตรีหลายคนรู้สึกผิด เป็นตราบาปในใจ สตรีตั้งครร์รู้สึกผิด รู้สึกว่าตนทำบาป ซึ่งความรู้สึกนี้จะติดอยู่ในใจตลอดไป (กาญจนา และเทพณรงค์, 2531; นภาพรณ, 2539; ธิตินิกร และคณะ, 2546) ความรู้สึกของสตรีที่ทำแท้งมักคิดว่าตนเองผิด ความรู้สึกนี้เริ่มตั้งแต่ตัดสินใจ นอกจากนี้เกิดภาวะตึงเครียดจากการที่ต้องเผชิญกับความผิดทางกฎหมาย ศาสนา และศีลธรรมจารีตประเพณี และเงื่อนไขหรือความกดดันทางสังคม (รณชัย, 2548) จากการศึกษาพบว่าสตรีหลังแท้งมีภาวะเศร้า โศกหลังแท้งบุตรขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างอื่นด้วยได้แก่ รายได้ อายุครรภ์เมื่อแท้ง วิธีการรักษา จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างสตรีหลังแท้ง 132 ราย พบว่าร้อยละ 5.3 มีภาวะเศร้าโศกรุนแรง ร้อยละ 37.9 มีความเศร้าโศกปานกลาง ร้อยละ 37.9 และ ร้อยละ 56.8 มีความเศร้าโศกไม่รุนแรง (Proomanart et al., 2004) และจากการศึกษาของจตุพร (2548) พบว่า หลังทำแท้งผิดกฎหมาย สตรีหลังทำแท้งมีความเครียดระดับสูงที่สุด คือ กลัวพ่อแม่เสียใจถ้ารู้ที่ตั้งครรภ์ การขูดมดลูก และความลับถูกเปิดเผย มีความเครียดระดับกลาง คือ การตอบคำถามของแพทย์พยาบาล คนดูถูกเหยียดหยาม และขาดงาน/ขาดเรียน

## ผลกระทบด้านสังคม

การทำแท้งในประเทศไทยถือว่าผิดกฎหมาย และผิดศีลธรรม เนื่องจากคนไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ การทำแท้งเปรียบเสมือนการฆ่าสิ่งมีชีวิต อีกทั้งคนส่วนใหญ่มองว่าสตรีที่ทำแท้งเป็นตัวอย่างที่ไม่ดีในสังคม ทำให้ถูกสังคมประณาม ไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อนและสังคม ทำให้ไม่มีความสุขและมีผลกระทบด้านจิตใจ สตรีวัยรุ่นบางรายต้องออกจากสถานศึกษาทำให้มีปัญหาในอนาคต ทำให้ประเทศต้องเสียด้านคนที่มีคุณภาพไป (สุวรรณ และนงลักษณ์ 2545) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการทำแท้งเป็นปัญหาสำคัญทางสูติ-นรีเวช ที่ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้นและระยะยาว มีผลกระทบต่อสตรีผู้ทำแท้ง ครอบครัว สังคม ชุมชนและประเทศชาติ ซึ่งผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้นขึ้นกับวิธีการทำแท้งแต่ละวิธีและชนิดของการแท้ง

## วิธีการทำแท้ง

การทำแท้งสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่การใช้อุปกรณ์แข็ง ๆ ใส่ในช่องคลอด (รากไม้ สายยาง) การใช้วิธีขูดมดลูก ใส่สารละลายเข้าไปในช่องคลอด การกดหรือบีบหน้าท้อง การใช้ยา (WHO, 2003) วิธีการทำแท้งของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ส่วนใหญ่สตรีจะเลือกวิธีที่ตนเองสามารถทำได้เอง โดยการซื้อยามารับประทานเองที่บ้านพักของตนเอง มีส่วนน้อยที่ไปรับการทำแท้งจากหมอเถื่อนหรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวิธีที่สตรีตั้งครรภ์ใช้ในการยุติการตั้งครรภ์คือการใช้ยา (Prohm, 2009) และการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าวิธีที่ใช้บ่อยคือการเหน็บยาทางช่องคลอด (กาญจนา และคณะ, 2546; Srinil, 2009) และมักทำในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ (Srinil) พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการทำแท้งที่พบมากที่สุด คือการใช้ยา มีการศึกษาในประเทศเคนยาในปี ค.ศ. 2000 พบว่าวิธีการทำแท้งของสตรีเคนยาส่วนใหญ่ใช้วิธีดื่มเครื่องดื่มที่ทำจากสัตว์และสมุนไพร ใช้อุปกรณ์ใส่ในช่องคลอด และรับประทานยามาลาเรียเกินขนาด (Nzioka, 2004) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำแท้งด้วยวิธีสอดยาเข้าทางช่องคลอดร้อยละ 85 รองลงมาขูดมดลูกร้อยละ 10 และรับประทานยาร้อยละ 5 ส่วนใหญ่สถานที่ทำแท้งจะเป็นคลินิกร้อยละ 100 (สมจิตต์, 2549) จะเห็นได้ว่าสตรีที่อาศัยในเมืองใหญ่เลือกที่จะทำแท้งจากคลินิกต่าง แตกต่างจากการศึกษาที่จังหวัดเชียงใหม่ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำแท้งด้วยตนเองเพราะสถานบริการทำแท้งไม่สามารถเปิดเผยการให้บริการได้ จะทราบกันไม่แพร่หลาย การศึกษานี้ได้ดำเนินการวิจัยช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึง พฤษภาคม 2546 พบว่าสตรีวัยรุ่นมีการทำแท้งมีหลายวิธีเช่นรับประทานยาสตรีเบนโดยาสตรีเพ็ญภาค กินเหล้า และเหน็บยาทางช่องคลอด และพบว่าวิธีการเหน็บยาทางช่องคลอดเป็นวิธีการทำแท้งที่ง่ายที่สุด ไม่ยุ่งยาก สตรีตั้งครรภ์สามารถทำแท้งด้วยตัวเองไม่ต้องไปหาแหล่งบริการอื่น (สุนารี, 2546)



## ชนิดของแท่งและคำรักษาพยาบาล

การศึกษาเชิงพรรณนาค้นหลังเก็บข้อมูลช่วงเดือนมกราคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2551 พบอัตราการทำแท้งผิดกฎหมายร้อยละ 36.8 เป็นกลุ่มที่ได้รับการทำแท้งเพื่อการรักษาร้อยละ 23.8 และสตรีหลังแท้งเอง 39.4 (Srinil, 2011) ใกล้เคียงกับการศึกษาของพรหมนารท, ภัทรायูวรรตน์, บริบูรณ์หิรัญสาร, และสันสนีย์วิทย์กุล (Prommanart et al., 2004) ที่ศึกษาสตรีหลังแท้งบุตรที่คลินิกหลังการแท้งบุตร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบว่ามีอัตราการทำแท้งร้อยละ 34.8 และเป็นสตรีหลังแท้งเอง 65.2 แต่อย่างไรก็ตามอัตราการทำแท้งในการศึกษาคั้งนี้สูงกว่าการสำรวจอัตราการแท้งในปี 2542 ซึ่งทำการสำรวจจากกลุ่มตัวอย่าง 45,990 ราย จาก 787 โรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศไทยพบว่ามีอัตราการทำแท้งเพียงร้อยละ 28.5 และมีอัตราการแท้งเองร้อยละ 71.5 (Warakamin et al., 2004) และจากการศึกษาสถิติการทำแท้งของโรงพยาบาลรามาริบัติในช่วงปีพ.ศ. 2548 ถึง 2549 พบอัตราการแท้งเองร้อยละ 43.05 และมีอัตราการทำแท้งร้อยละ 56.95 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการแท้งไม่ครบร้อยละ 90.1 เมื่อแรกรับไว้ในโรงพยาบาล (Prohm, 2009) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาหนึ่งเรื่องที่พบว่าอัตราการแท้งเองและอัตราการทำแท้งมีอัตราไม่แตกต่างกัน คือมีผู้ป่วยแท้งเอง ร้อยละ 50.7 และทำแท้งร้อยละ 49.3 (กาญจนาและคณะ 2546) จากการทบทวนวรรณคดีพบอัตราการแท้งทั้งที่แท้งเองหรืออัตราการทำแท้งผิดกฎหมายมีจำนวนแตกต่างกันอาจจะเกิดจากสถานที่ในการทำวิจัยแตกต่างกันหรือทำการศึกษาในระยะเวลาที่แตกต่างกัน เป็นที่น่าประหลาดใจว่าถึงแม้ประเทศไทยจะมีกฎหมายห้ามการทำแท้งแต่อัตราการทำแท้งเดือนหรือการทำแท้งผิดกฎหมายไม่เคยลดลง ดังนั้นกฎหมายเกี่ยวกับการทำแท้งควรมีการปรับปรุงหรือแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหา อย่างไรก็ตามได้มีการเคลื่อนไหวเรื่องการแก้ไขกฎหมายการทำแท้งในประเทศไทยตั้งแต่ไปพ.ศ. 2516 แต่สตรีไทยก็ยังคงประสบปัญหาและเจอกับความทุกข์ทรมานและเจ็บปวด

ศรีนิต (Srinil, 2011) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการแท้งไม่ปลอดภัยที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นช่วงเดือนมกราคม ถึง ธันวาคม 2551 พบว่าสตรีหลังแท้งต้องนอนพักรักษาตัวนานตั้งแต่ 1-19 วัน เฉลี่ย 2.2 วัน โดยสตรีหลังแท้งร้อยละ 51.8 นอนพักรักษาตัวเพียง 1 วัน เช่นเดียวกับการศึกษาของศรีนิต (Srinil, 2009) ที่พบว่าสตรีหลังแท้งพักรักษาตัวเพียง 1 วัน ร้อยละ 51 และ ร้อยละ 3 ที่ต้องพักรักษาตัวมากกว่า 7 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาสตรีหลังทำแท้งผิดกฎหมายสูงกว่าสตรีหลังแท้งเองเล็กน้อย การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสตรีที่ทำแท้งผิดกฎหมายต้องเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าสตรีที่แท้งเอง (Srinil, 2009) โดยพบว่าสตรีที่ทำแท้งผิดกฎหมายต้องเสียคำรักษาพยาบาลเฉลี่ย 3,756 บาท และสตรีที่แท้งเองต้องเสียค่าใช้จ่าย 2,680 บาท ส่วนการศึกษาของสุวรรณ (2546) ค่าใช้จ่ายในการทำแท้งเฉลี่ย  $1,867 \pm 1,513$  บาท ค่าใช้จ่ายจริงในการรักษาภาวะแทรกซ้อนของการทำแท้งเฉลี่ย  $2,857 \pm 2,072$  บาท การที่คำรักษาพยาบาลของกลุ่มสตรีที่ทำแท้งผิดกฎหมายสูงกว่าเนื่องจากสตรีกลุ่มนี้มี

ภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งจากผู้ให้บริการที่ไม่มีทักษะและใช้อุปกรณ์ที่ไม่สะอาดทำให้เกิดการติดเชื้อและสูญเสียเลือด

### การจัดการหลังแท้ง

การศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการรักษาส่วนใหญ่คือการขูดมดลูกเนื่องจากมีภาวะค้างของเนื้อรก (Prohm, 2009; Srinil, 2011) พรหม พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังแท้งเกือบทั้งหมดได้รับการขูดมดลูก ร้อยละ 96.63 ส่วนการรักษาร่วมกันระหว่างขูดมดลูกและให้ยาเม็ดเพียงร้อยละ 2 และสำหรับกลุ่มที่ทำแท้งวิธีรักษาคือการขูดมดลูกและการใช้ยารักษา ร้อยละ 56.06 มีร้อยละ 23.7 ที่ใช้ยารักษาเพียงอย่างเดียว และพบว่าสตรีหลังแท้งที่ไม่ปลอดภัยถูกรักษาด้วยยาปฏิชีวนะมากกว่าสตรีกลุ่มที่แท้งเอง ซึ่งอาจจะเนื่องจากสตรีที่ทำแท้งผิดกฎหมายถูกทำแท้งโดยอุปกรณ์หรือวิธีการที่ไม่สะอาดจากบุคคลที่ไม่มีทักษะและเป็นหมอเถื่อน ดังนั้นจึงทำให้สตรีที่ทำแท้งผิดกฎหมายเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าสตรีที่แท้งเอง

### ประสบการณ์และกระบวนการตัดสินใจทำแท้ง

การแท้งเป็นประสบการณ์ที่ทำให้สตรีต้องจดจำไปตลอดชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการแท้งเองหรือทำแท้งล้วนเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดี มีผลกระทบต่อสตรีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและครอบครัว

#### ประสบการณ์ของสตรีตั้งครรภ์

สตรีทุกคนต้องการมีบุตรที่สมบูรณ์และแข็งแรงเมื่อพร้อม ไม่มีสตรีคนใดที่ต้องการทำแท้งลูกของตนเองเพราะการทำแท้งเป็นการทำบาป ยิ่งทำแท้งเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ เพราะทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโต มีร่างกายเจริญเกือบครบทุกส่วน จากการศึกษาพบว่าสตรีที่ทำแท้งมักคิดว่าตนเองทำผิด ความรู้สึกนี้เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ มีความตึงเครียดจากการที่ต้องเผชิญความผิดทางกฎหมาย ศาสนา ศีลธรรมและจารีตประเพณี เงื่อนไขความกดดันจากสังคมและครอบครัว ก่อให้เกิดความเครียดแก่สตรีตั้งครรภ์ (รณชัย, 2548) และจากการศึกษาของ กนกวรรณ (2548) พบว่าสตรีเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ ปฏิกริยาแรกของสตรีเกือบทุกคนคือ ความหนักใจ ไม่สบายใจ เกือบทั้งหมดเริ่มจากความตกใจ กังวลใจ และกลัว หลายคนร้องไห้อยากฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามระดับความหนักใจหรือกังวลใจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ อายุ สถานภาพสมรส ฐานะ เศรษฐกิจ กำลังศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับข้อมูลในการทำแท้งมากน้อยเพียงใด ความรับผิดชอบของผู้ชาย ที่สำคัญบุคคลรอบข้างมองและเข้าใจเรื่องการทำแท้งเป็นอย่างไร

เมื่อสตรีตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนหรือเตรียมการล่วงหน้าจะทำให้เกิดความตกใจ ตื่นเต้น มีความรู้สึกสับสนขัดแย้งภายใน ส่วนใหญ่กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ไม่ได้วางแผนเหล่านี้จะปรึกษาบุคคลที่ใกล้ชิดและไว้วางใจได้เพื่อนำไปประกอบการตัดสินใจ (สุชาดา, 2541) จากการศึกษาพบว่าสตรีหลังแท้งส่วนใหญ่จะปรึกษาเพื่อน สามียหรือคู่รัก มารดา พี่สาวหรือน้องสาว (กนกวรรณ, 2548)

### กระบวนการตัดสินใจทำแท้ง

การทำแท้งเป็นกระบวนการที่สตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมต้องใช้เวลาตัดสินใจพอสมควร ในการศึกษาวิจัยที่ปลอดภัยให้ตนเองและทำให้ตนเองไม่รู้สึกละอาย จากการศึกษานี้ของสุชาดา (2541) พบว่า ขั้นตอนกระบวนการตัดสินใจทำแท้งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การมีปฏิสัมพันธ์กับตนเอง 2) การกำหนดวิธีการ 3) การหาเหตุผลต่อรอง และ 4) การลงมือทำแท้ง

1. การมีปฏิสัมพันธ์กับตนเอง โดยทั่วไปสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนจะมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกับตนเองเป็นลำดับแรก ภายหลังจากที่เริ่มตระหนักว่ามีความผิดปกติขึ้นกับร่างกายตนเอง ก็ค้นหาสาเหตุของการตั้งครรภ์ วิเคราะห์ว่าต้องการหรือไม่ต้องการลูกในครรภ์ รวมทั้งประเมินถึงผลกระทบที่จะตามมา

2. การกำหนดวิธีการ การกำหนดทางเลือกหรือวิถีชีวิตการตั้งครรภ์เป็นขั้นตอนที่ซับซ้อนและสร้างความลำบากใจให้สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่วางแผนมาก จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเรื่องการทำแท้งประกอบด้วย 1) การคาดหมายผลกระทบที่อาจได้รับหากเก็บลูกไว้ 2) ประสบการณ์ส่วนตัวของสตรี 3) เหตุการณ์ในชีวิตเปลี่ยนแปลงไปภายหลังตั้งครรภ์ 4) การเข้าถึงแหล่งข้อมูล และ 5) ปัจจัยด้านการเงิน

3. การหาเหตุผลต่อรอง เป็นขั้นตอนที่สตรีตัดสินใจแน่นอนแล้วว่า จะทำแท้ง ขั้นตอนนี้สตรีที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์จะพยายามหาเหตุผลต่อรองในประเด็นที่เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดระหว่างชีวิตและความตาย อีกทั้งยังเป็นประเด็นที่เกี่ยวกับคุณธรรมและศีลธรรมภายในบุคคล จากผลการศึกษาพบว่าสตรีที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์จะใช้เวลาไตร่ตรองหาเหตุผลเพื่อให้ตนเองสบายใจ โดยจะให้เหตุผลว่า บาบ่ค่อยกว่าปล่อยให้ลูกออกมาลำบาก ยอมทำบาปดีกว่าอับอายขายหน้า ลูกอาจพิการเป็นภาระของครอบครัว การมองอนาคตที่ยังจะก้าวไปไกลกว่านี้

4. การลงมือทำแท้ง เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการตัดสินใจทำแท้ง ขั้นตอนนี้จะเกิดขึ้นเมื่อสตรีตั้งครรภ์ได้หาเหตุผลมาสนับสนุนได้ว่าการทำแท้งเป็นทางออกที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง จะทำให้รู้สึกสบายใจและลดความรู้สึกผิด ส่วนใหญ่สตรีจะมีความรู้สึกก่อนทำแท้งดังนี้ 1) ระยะเวลาการตั้งครรภ์เป็นตัวเร่งในการทำแท้ง 2) การทำแท้งเป็นความลับ 3) การให้สัตยาบัน 4) ความรู้สึกกลัวแต่ไม่กล้าขอความช่วยเหลือ 5) การไม่คิดเปลี่ยนใจ

ความรู้สึกขณะทำแท้ง จากผลการศึกษาพบว่าสตรีมีความรู้สึกขณะทำแท้งดังนี้ 1) รู้สึกเจ็บปวดขณะได้รับการรักษามาก 2) ต้องการให้มีคนดูแลอย่างใกล้ชิด

ความรู้สึกภายหลังจากการทำแท้ง พบว่ามีความรู้สึกดังนี้ 1) ความรู้สึกเกิดขึ้นในทางบวกคือรู้สึกโล่งใจ สบายใจ 2) ต้องการคำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังทำแท้ง 3) ต้องการได้รับบริการที่ถูกต้อง การแพทย์ 4) การคิดจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง

### การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการทำแท้ง

สิ่งที่สตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมต้องการมากที่สุดเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์คือข้อมูลเพื่อจะช่วยในการตัดสินใจว่าจะทำอะไรต่อไป จากการศึกษาของ กนกวรรณ (2548) พบว่าสตรีที่ทำแท้งได้รับข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ดังนี้

1. มีความรู้มาก่อนหน้ามีปัญหา ซึ่งได้จากเพื่อนที่มีประสบการณ์ หรือบางคนก็มีส่วนช่วยเพื่อน หรือจากแหล่งเผยแพร่ข้อมูลสาธารณะที่สำคัญคือคอลัมน์ตอบคำถามเชิงรุก สุขภาพในหนังสือพิมพ์และนิตยสาร
2. ถามข้อมูลจากเพื่อนสนิทหรือคนที่มีประสบการณ์ ส่วนใหญ่ลักษณะคนที่สตรีกลุ่มนี้เลือกถามจะเป็นคนที่อยู่ใกล้ชิดและไว้วางใจได้ กรณีที่ที่หากคนไว้วางใจไม่ได้กลัวความลับจะรั่วไหลก็จะใช้วิธีถามเพื่อนหรือคนรู้จักโดยไม่บอกว่าเป็นปัญหาของตนเองแต่ถามให้คนอื่น
3. ถามข้อมูลร้านขายยา เป็นแหล่งข้อมูลที่สตรีกลุ่มนี้ใช้บ่อย เพราะเป็นสถานที่เปิดมีขายทั่วไป
4. ถามจากบุคลากรสาธารณสุข ส่วนใหญ่จะเชื่อว่าเจ้าหน้าที่มีความรู้และน่าจะให้ข้อมูลที่ต้องการเกี่ยวกับยา หรือสถานที่ทำแท้ง โดยอาจปรึกษาผ่านคนอื่น
5. ปรึกษาข้อมูลจากคนในครอบครัว บุคคลในครอบครัวที่ใกล้ชิดมีความสำคัญมาก ส่วนใหญ่จะเป็นสตรีมากกว่าผู้ชาย ได้แก่ แม่ พี่สาว น้องสาว ยาย น้ำ อา
6. หาข้อมูลเอง มีสตรีบางรายเดินหาข้อมูลเองจากสถานบริการทำแท้ง ใช้วิธีเดินถามไปเรื่อย
7. ทราบข้อมูลจากคนไม่รู้จักให้ความช่วยเหลือ บางรายมีคนไม่รู้จักช่วยเหลือเมื่อสตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมมีสีหน้ากักตักลุ่มใจ กังวลใจ บางคนได้รับข้อมูลจากคนขับรถแท็กซี่

### วิธีการทำแท้ง

สตรีที่ต้องการทำแท้งส่วนใหญ่จะลองทำแท้งเกือบทุกวิธีเพื่อทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง วิธีการทำแท้งที่พบบ่อยได้แก่ 1) การกินยาขับเลือด 2) การทำร้ายร่างกายตัวเอง 3) ใช้ยาชุดที่ซื้อมาจากร้านขายยาจัดให้ 4) ใช้ยาเหน็บ และ 5) คลินิกเอกชน มีรายละเอียดดังนี้ (กนกวรรณ, 2548)

1. การกินยาขับเลือด เป็นวิธีที่สตรีตั้งครรภ์ใช้ในกรณีที่ไม่มั่นใจว่าท้องหรือไม่ เป็นวิธีที่จะทำให้มีประจำเดือนมา โดยส่วนใหญ่จะเริ่มจากรับประทานยาสมุนไพรพื้นบ้านก่อน หรือรับประทานยาขับเลือดแผนโบราณ หากรับประทานยาแล้วประจำเดือนไม่มาก็จะหาวิธีอื่น
2. การทำร้ายร่างกายตัวเอง โดยพยายามทำให้ท้องถูกกระทบกระเทือนหรือกระแทกเพื่อทำให้เกิดการตกเลือด บางคนให้หมอดำแยหรือหมอฟันบ้านบีบเค้นมดลูก บางคนใช้วิธีบีบขวดรุนแรง หรือบางรายใช้วิธีเหยียบ และลงเข่าลงศอกแรง
3. ใช้ยาชุดที่ร้านขายยาจัดให้ ร้านขายยาบางแห่งจัดยาชุดที่เป็นเม็ดหรือเป็นน้ำให้ พร้อมแนะนำถ้าไม่ได้ผลให้กลับไปอีกครั้

4. เหน็บยา เป็นวิธีที่นิยมใช้มาไม่นานมานี้เอง เป็นวิธีที่ได้รับความนิยม ส่วนใหญ่ได้มาจากเพื่อนหรือการบอกต่อ ราคาขายขึ้นอยู่กับคนขายเป็นหลัก หลังจากเหน็บยาแล้วส่วนใหญ่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะทำให้เกิดแท้งไม่ครบหรือมีอาการปวดท้องมาก

5. คลินิกเอกชน ส่วนใหญ่เป็นวิธีที่สตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมเลือกใช้ครั้งสุดท้ายหลังจากลองวิธีอื่นไม่สำเร็จ ลักษณะของการติดต่อกับคลินิกมี 2 แบบ คือ 1) สตรีบอกว่าจะมาทำแท้ง หรือมาปรึกษาว่าตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ซึ่งส่วนใหญ่สตรีรู้มาก่อนว่าคลินิกนี้รับทำแท้ง 2) สตรีไปตรวจการตั้งครรภ์และพบว่าตั้งครรภ์ ก็ขอคำปรึกษาว่าตั้งครรภ์ไม่พร้อม บางคลินิกจะทำแท้งให้ บางคลินิกจะแนะนำสถานที่ให้

### สรุปการทบทวนวรรณคดี

จากการทบทวนวรรณคดีทำให้ทราบว่าปัญหาการแท้งและการทำแท้งผิดกฎหมายยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับชาติ ถึงแม้ว่าจะได้รับความสนใจและพยายามป้องกันและช่วยเหลือสตรีกลุ่มนี้มานานมากกว่า 30 ปี แต่ปัญหานี้ก็ยังคงมีและมีแนวโน้มว่าจะไม่ลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ความเชื่อ ทศนคติเรื่องเพศได้เปลี่ยนแปลงไป การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์พบได้ทุกวัย แต่พบมากในสตรีวัยรุ่น อัตราการทำแท้งในวัยรุ่นจะพบมากกว่าวัยผู้ใหญ่ อันเนื่องมาจากความไม่พร้อมทางด้านเศรษฐกิจ และเป็นการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรและนอกสมรส ทำให้อาจมีผลกระทบต่อการศึกษา จึงทำให้วัยรุ่นตัดสินใจทำแท้งมากกว่าที่จะตั้งครรภ์ต่อ ซึ่งทำให้ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องพึ่งพา ยังหารายได้เองไม่ได้ ยิ่งไปกว่านั้นบริบทของสังคมเป็นตัวกดดันให้สตรีวัยรุ่นทำแท้ง สตรีบางคนไม่กล้าปรึกษาใครก็จะตัดสินใจทำแท้งด้วยตนเอง โดยการซื้อยาเหน็บช่องคลอด หรือกินยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก ภาวะแทรกซ้อนที่พบจากการทำแท้งคือการมีเลือดออก และอาการปวดท้องอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นอาการนำให้สตรีหลังทำแท้งมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา โดยชุดมดลูกเพื่อนำชิ้นส่วนที่ค้างออกจากร่างกาย สตรีบางรายทำแท้งไม่สะอาด ทำให้เกิดการติดเชื้อในโพรงมดลูก บางคนได้รับอันตรายถึงชีวิต อย่างไรก็ตามก่อนที่สตรีจะตัดสินใจทำแท้งพวกเค้าต้องมีประสบการณ์ ในการวางแผน ค้นหาวิธีการทำแท้ง และเลือกวิธีการทำแท้ง ต้องประสบกับผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และผลกระทบต่อหลังทำแท้งเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การทำแท้งเป็นการยุติปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมแต่ผลกระทบต่อจิตใจยังคงอยู่ตลอดไป สตรีหลังแท้งมีการเผชิญกับความรู้สึกโล่งใจและบางคนไม่สบายใจรู้สึกมีตราบาปไปตลอดชีวิต

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเพื่อศึกษาสถานการณ์แห่งในภาคใต้ ทำการศึกษาเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ และส่วนที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ มีรายละเอียดของการศึกษาดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าแท้งทุกประเภทในภาคใต้

**กลุ่มตัวอย่าง** คือสตรีตั้งครรภ์แล้วแท้งในปี พ.ศ. 2550 ในระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2550 การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณของยามานะ (Yamane, 1967) โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานเท่ากับ .05 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ในปีพ.ศ. 2546 มีจำนวนสตรีตั้งครรภ์แล้วแท้งในภาคใต้ประมาณ 12,695 ราย ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 388 ราย เพื่อป้องกันการข้อมูลสูญหายจะเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ดังนั้นจึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 427 ราย โดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{N}{(1 + Ne^2)}$$

$$n = \frac{12,695}{1+12695(.05)^2} = 388$$

การเลือกสถานที่ในการเก็บข้อมูลใช้การพิจารณาจากจังหวัดที่มีอัตราการตั้งครรภ์แล้วแท้งสูงสุดใน 6 อันดับแรก จากสถิติของสถานบริการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข วิทยาเขต ปี พ.ศ. 2545 จังหวัด ซึ่งระบุข้อมูลแยกรายจังหวัด โดยมีสถิติของจังหวัด นราธิวาส (455 คน) สุราษฎร์ธานี (801 คน) สตูล (640 คน) ยะลา (1,067 คน) ภูเก็ต (2,102 คน) และ สงขลา (2,854 คน) อัตราการตั้งครรภ์แล้วแท้งต่อแสนคนเรียงตามลำดับจังหวัดดังนี้ (455, 301, 238, 234, 230, 226) เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในส่วนของการศึกษาเชิงปริมาณมีจำนวน 427 ราย โดยจะมาจากจังหวัดจังหวัด นราธิวาส สุราษฎร์ธานี สตูล ยะลา ภูเก็ต สงขลา และ ปัตตานี ในการศึกษาผู้เก็บข้อมูลได้ติดต่อเก็บข้อมูลจากสตรีหลังแท้ง 461 ราย มี 28 ราย (แท้งเองหรือแท้งจากการรักษา 22 ราย และทำแท้งไม่ปลอดภัย 6 ราย) ไม่สมัครเป็นกลุ่มตัวอย่าง หลังจากเก็บข้อมูลได้ 427 ชุดมีแบบสอบถาม 25 ชุดที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์จึงต้องคัดออกจากการศึกษา ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 402 ราย และจะเก็บข้อมูลเชิงลึกจากสตรีหลังทำแท้งจำนวน 20 ราย จากหอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบบันทึกข้อมูลประกอบ 4 ส่วนดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ การศึกษา ศาสนา รายได้ สถานภาพสมรส อายุครรภ์ ข้อมูลเกี่ยวกับการทำแท้ง
2. สาเหตุของการแท้งและวิธีการทำแท้ง ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายทั้งหมด อัตราการตายจากการทำแท้ง ครรภ์ที่ทำแท้ง ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา เช่น การคุมกำเนิด การให้ยาฆ่าเชื้อ การตัดมดลูกออก
3. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการทำแท้งผิดกฎหมาย เช่น ไข้ การตกเลือด ปากมดลูกฉีกขาด มดลูกทะลุ รือคจากการติดเชื้อ รือคจากการเสียบเลือด การถูกตัดมดลูก ไตวาย
4. แบบสัมภาษณ์เหตุผลของการทำแท้ง เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์จากการทำแท้งและกระบวนตัดสินใจทำแท้ง

## การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเครื่องมือ ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ 2 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์ 1 ท่าน นักวิชาการแนะแนว 1 ท่าน พยาบาลผู้ให้คำปรึกษา 1 ท่าน หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านแล้ว คณะผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเป็นกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจด้านภาษา ความเป็นไปได้ของวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและปัญหา อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นขณะตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ จากนั้นคณะผู้วิจัย นำเครื่องมือที่ผ่านการทดลองใช้มาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ก่อนนำไปใช้จริง

## ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลมี ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยใน 6 จังหวัดของภาคใต้
2. ส่งชุดโครงการผ่านกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์และโรงพยาบาลต่างๆ ที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูล
3. เตรียมผู้เก็บข้อมูลโรงพยาบาลละ 2 คน
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ใช้บริการและสัมภาษณ์จากสตรีหลังแท้ง
5. ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกจากสตรีหลังทำแท้ง

6. มีการติดตามการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เก็บข้อมูลแหล่งละ 2 ครั้ง โดยวิธีการโทรศัพท์ติดตามเพื่อซักถามปัญหาต่างๆ
7. ผู้เก็บข้อมูลรวบรวมแบบสอบถามและส่งคืนนักวิจัยทุก 2 สัปดาห์

### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในการหาค่าสถิติ โดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)



## บทที่ 4

### ผลการศึกษาและอภิปรายผล

การศึกษาเชิงบรรยายครั้งนี้มีการรายงานผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน คือ 1) ผลการวิจัยเชิงปริมาณ และ 2) ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ มีรายละเอียดดังนี้

#### ผลการศึกษา

ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

**ส่วนที่ 1** ผลการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เหตุผลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งผิดกฎหมาย ชนิด และจำนวนของการแท้ง และค่าใช้จ่ายในการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบ และการจัดการรักษาหลังแท้ง

**ส่วนที่ 2** ผลการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับเหตุผลของการทำแท้งในเชิงลึก ประสบการณ์ของสตรีหลังทำแท้งผิดกฎหมาย และกระบวนการตัดสินใจทำแท้ง

#### ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

ผลการศึกษาครั้งนี้ได้นำเสนอข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เหตุผลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งไม่ปลอดภัย ชนิด และจำนวนของการแท้ง และค่าใช้จ่ายในการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบ และการรักษาหลังแท้งตามลำดับ ดังนี้

**ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีทั้งหมด 402 คน เป็นสตรีหลังแท้งเอง 259 คน และเป็นสตรีหลังทำแท้งผิดกฎหมาย 143 ราย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจะรายงานแยกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มแท้งเองหรือทำแท้งเพื่อการรักษา และกลุ่มที่ทำแท้งไม่ปลอดภัย

ข้อมูลทั่วไปของสตรีหลังทำแท้งไม่ปลอดภัย อายุของสตรีหลังทำแท้งไม่ปลอดภัยอยู่ในช่วง 13-46.8 ปี มีอายุเฉลี่ย 26.94 ปี (SD = 7.16 ปี) มีกลุ่มสตรีหลังทำแท้งผิดไม่ปลอดภัยอายุ 20-24 ปี ถึงร้อยละ 40.6 สตรีกลุ่มนี้ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 80.4 มีสถานภาพโสดร้อยละ 25 และ ร้อยละ 32.9 อาศัยอยู่กับคู่รักโดยไม่แต่งงาน เกือบหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาสูงสุดระดับอนุปริญญา และ ร้อยละ 32.9 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 กำลังเรียนหนังสือ (ตารางที่ 1)

ข้อมูลทั่วไปของสตรีหลังแท้งเองหรือทำแท้งเพื่อการรักษา อายุของสตรีหลังแท้งเองหรือทำแท้งเพื่อการรักษาอยู่ในช่วง 13-42.3 ปี มีอายุเฉลี่ย 28.3 ปี (SD = 6.9 ปี) มีกลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 25-35 ปี ถึงร้อยละ 51.4 สตรีกลุ่มนี้ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 61.4 มีสถานภาพคู่ร้อยละ 70.7 และ ร้อยละ 32.9 สตรีเกือบหนึ่งในสามมีการศึกษาสูงสุดระดับอนุปริญญา และ ร้อย

ละ 25.1 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.7 ที่กำลังเรียนหนังสือ (ตารางที่ 1)

**ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์** กลุ่มสตรีหลังแท้งเองหรือทำแท้งเพื่อการรักษา และกลุ่มสตรีหลังทำแท้งไม่ปลอดภัยทั้งสองกลุ่มเมื่ออายุครรภ์ขณะแท้งใกล้เคียงกันคือ [อายุครรภ์ 12.8 สัปดาห์ (SD = 5.8 สัปดาห์) และอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (SD = 5.1 สัปดาห์), ตามลำดับ] กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 0-12 สัปดาห์ (กลุ่มแท้งเอง ร้อยละ 58.2 และกลุ่มหลังทำแท้งไม่ปลอดภัย ร้อยละ 65.2) ส่วนใหญ่สตรีหลังทำแท้งไม่ปลอดภัยมีการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน ร้อยละ 53.1 หลังตั้งครรภ์รู้สึกตกใจ/กังวลใจร้อยละ 49.7 และนอนไม่หลับร้อยละ 40.6 และสตรีหลังทำแท้งไม่ปลอดภัยเกือบทั้งหมดต้องการยุติการตั้งครรภ์ร้อยละ 97.9 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่แท้งเองหรือทำแท้งเพื่อรักษาส่วนใหญ่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ร้อยละ 56.4 หลังทราบว่าตั้งครรภ์รู้สึกดีใจร้อยละ 76.4 และสตรีหลังแท้งเองหรือทำแท้งเพื่อรักษาเกือบทั้งหมดต้องการตั้งครรภ์ต่อร้อยละ 97.7 (ตารางที่ 2)

**เหตุผลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งไม่ปลอดภัย** ผลการศึกษาพบว่าสตรีหลังทำแท้งไม่ปลอดภัยให้เหตุผลของการทำแท้งเป็น 3 ประเด็นคือ มีปัญหาครอบครัว ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหาทางด้านสังคม เหตุผลที่สตรีหลังแท้งส่วนใหญ่บอกคือการทำแท้งจากเหตุผลที่ไม่พร้อมที่จะมีบุตรคนใหม่ถึงร้อยละ 60.8 การตั้งครรภ์เกิดนอกสมรสร้อยละ 24.5 และร้อยละ 23.1 กำลังเรียนหนังสือ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.7 มีปัญหาทางเศรษฐกิจคือมีรายได้น้อยไม่เพียงพอ และสำหรับเหตุผลทางด้านครอบครัวให้เหตุผลว่า กลัวทำให้ครอบครัวอับอาย ร้อยละ 16.8 และมีบุตรเพียงพอแล้ว ร้อยละ 16.1 (ตารางที่ 3)

ส่วนใหญ่สตรีหลังทำแท้งไม่ปลอดภัยทำแท้งด้วยตัวเองร้อยละ 80.4 มีเพียงร้อยละ 36.4 ที่ได้รับคำแนะนำจากเพื่อน และร้อยละ 14.7 ได้รับคำแนะนำจากสามีหรือคู่รัก สตรีหลังแท้งเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 40) ทำแท้งด้วยตนเองที่บ้านพักหรือห้องพักของตนเอง ร้อยละ 58.7 มีเพียงร้อยละ 21.7 ที่ทำแท้งโดยหมอเถื่อน วิธีการทำแท้งที่ใช้มากที่สุดคือการเหน็บยาในช่องคลอดร้อยละ 49 และรับประทานยาร้อยละ 44.1 การวินิจฉัยครั้งสุดท้ายส่วนใหญ่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นการทำแท้งผิดกฎหมายร้อยละ 55.2 แท้งไม่สมบูรณ์ร้อยละ 30.1 (ตารางที่ 4)

**ชนิด และจำนวนของการแท้ง และค่าใช้จ่ายในการรักษา** ประเภทของการแท้งที่พบในการศึกษานี้คือการแท้งเองร้อยละ 64.3 (n = 259) และมีการทำแท้งผิดกฎหมายร้อยละ 35.7 (n = 143) กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มสตรีหลังแท้งเองส่วนใหญ่เกิดจากการแท้งเองร้อยละ 78 และแท้งเนื่องจากอุบัติเหตุร้อยละ 13.9 สตรีหลังแท้งส่วนใหญ่เป็นการแท้งครั้งแรก (กลุ่มแท้งเองร้อยละ 75.3 และกลุ่มที่ทำแท้งผิดกฎหมายร้อยละ 78.3 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า สตรีหลังทำแท้งไม่ปลอดภัยส่วนใหญ่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1-12 วัน มีค่าเฉลี่ยวันนอนเท่ากับ 3.1 วัน (SD = 3.1 วัน) ส่วนสตรีหลังแท้งเองหรือทำแท้งเพื่อรักษาใหญ่

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างสำหรับวิจัยเชิงปริมาณ (N = 402 )

ตัวแปร	ทำแท้งไม่ปลอดภัย		แท้งเองและทำแท้งเพื่อการรักษา	
	(n = 143)		(n = 259)	
	n	%	n	%
อายุ (ปี)	M = 26.9	SD = 7.2	M = 28.3	SD = 6.9
	MIN =13.0	MAX =46.8	MIN =13.0	MAX=42.3
- 13-19 ปี	37	25.9	25	9.7
- 20-24 ปี	58	40.6	54	20.8
- 25-35 ปี	32	22.4	133	51.4
- มากกว่า 35 ปี	16	11.2	47	18.1
ศาสนา				
- พุทธ	115	80.4	159	61.4
- อิสลาม	28	19.6	99	38.2
- คริสต์	0	0.0	1	0.4
สถานภาพสมรส				
- โสด	35	24.5	10.0	39.0
- สมรส	46	32.2	183	70.7
- อยู่ด้วยกันไม่ได้	47	32.9	59	22.8
แต่งงาน	16	7.0	4	1.5
- แยกกันอยู่	3	2.1	2	0.8
- หย่า	2	1.4	1	0.4
- หม้าย				
การศึกษาสูงสุด				
- ไม่ได้รับการศึกษา	0	0.0	5	1.9
- ประถมศึกษา 4	10	7.0	11	4.2
- ประถมศึกษา 6	11	7.2	65	25.1
- ประถมศึกษา 7	1	0.7	4	1.5
- มัธยมศึกษา 3	31	21.75	51	19.7
- มัธยมศึกษา 6	25	17.5	40	15.4
- ปวช/ปวส/ปวท	48	33.6	44	17.0
-ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	17	11.9	38	14.7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	ทำแท้งไม่ปลอดภัย		แท้งเองและทำแท้งเพื่อการรักษา	
	(n = 143)		(n = 259)	
	n	%	n	%
กำลังศึกษา				92.3
- ไม่ใช่	100	69.9	239	7.7
- ใช่	43	30.1	20	
อาชีพ				
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	2.8	0	0.0
- นักเรียน	35	24.5	6	1.9
- แม่บ้าน	20	14.0	63	24.3
- ทำสวน/ทำประมง	11	7.7	18	7.0
- พนักงานบริษัท	19	13.3	29	11.2
- รับราชการ	0	0.0	10	2.5
- ประกอบธุรกิจส่วนตัว	16	11.2	47	18.1
- รับจ้าง	38	26.6	85	32.9
- ค้าประเพณี	2	1.4	0	0

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ (N = 402)

ตัวแปร	ทำแท้งไม่ปลอดภัย		แท้งเองและทำแท้งเพื่อการรักษา	
	(n = 143)		(n = 259)	
	n	%	n	%
อายุครรภ์เมื่อแท้ง	M = 12.0 Min = 4.0	SD = 5.1 Max = 28.0	M = 12.8 Min = 6	SD = 5.8 Max = 27
- 0-12 สัปดาห์	92	65.2	149	58.2
- 12.01-20.00 สัปดาห์	40	28.4	77	30.1
- มากกว่า 20 สัปดาห์	9	6.4	20	11.7
สาเหตุของการตั้งครรภ์ครั้งนี้				
- วางแผนการตั้งครรภ์	5	3.5	146	56.4
- มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจ	24	16.8	15	5.8
- คิดว่าคงไม่ตั้งครรภ์	76	53.1	53	20.5
- ถูกข่มขืน	0	0.0	1	0.4
- คู่่นอน ไม่ยอมให้คุมกำเนิด	6	4.2	8	3.1
- คุมกำเนิดไม่ถูกวิธี	23	16.1	18	6.9
- คุมกำเนิดถูกวิธีแต่ตั้งครรภ์	8	5.6	13	5.0
- ไม่ได้คุมกำเนิด	1	0.7	5	1.9
ความรู้สึกเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์				
- ดีใจ	11	7.7	198	76.4
- เสียใจ/เศร้าใจ	31	21.7	12	4.6
- นอนไม่หลับ/เครียด	58	40.6	10	3.9
- สับสน	43	30.1	19	7.3
- ตกใจ/วิตกกังวล	71	49.7	21	8.1
- ไม่เชื่อว่าจะตั้งครรภ์	48	33.6	44	17.0
- ต้องการทำแท้งให้เร็วที่สุด	52	36.4	1	0.4
การตัดสินใจเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์				
- ตั้งครรภ์ต่อ	3	2.1	253	97.7
- ยุติการตั้งครรภ์	140	97.9	6	2.3

ตารางที่ 3 เหตุผลของการทำแท้งไม่ปลอดภัย (N = 143)

เหตุผลของการทำแท้ง	n	%
<b>ปัญหาด้านครอบครัว</b>		
- บิดาของเด็กมีภรรยาอยู่แล้ว	6	4.2
- สามีทอดทิ้งไม่ดูแล	10	7.0
- สามีมีภรรยาใหม่	5	3.5
- สามีป่วยหนัก	1	0.7
- กลัวครอบครัวอับอาย	24	16.8
- บิดา-มารดาบังคับ/ไม่ยอมรับ	12	8.4
- มีบุตรเพียงพอแล้ว	23	16.1
- สามีต้องโทษติดคุก	2	1.4
- แยกทางจากสามีก่อนทราบว่าตั้งครรภ์	3	2.1
<b>เหตุผลทางเศรษฐกิจ</b>		
- มีรายได้ไม่เพียงพอ	61	42.7
- มีหนี้สิน	17	11.9
- ไม่มีรายได้	4	2.8
- มีผลกระทบต่ออาชีพ	14	9.8
<b>เหตุผลทางด้านสังคม</b>		
- ไม่พร้อมที่จะมีบุตร	87	60.8
- ตั้งครรภ์นอกสมรส	35	24.5
- รู้สึกอับอายเพื่อน	20	14.0
- กำลังศึกษา	33	23.1
- มีอายุน้อย	20	14.0
- มีอายุมาก	5	3.5
- แฟน/คู่รักไม่ยอมรับการตั้งครรภ์	11	7.7

ตารางที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวข้องกับการทำแท้งไม่ปลอดภัย (N = 143)

ตัวแปร	n	%
บุคคลที่แนะนำให้ทำแท้ง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	115	80.4
- ตัดสินใจด้วยตนเอง	21	14.7
- แฟน/คู่รัก	13	9.1
- สามี	52	36.4
- เพื่อน	2	1.4
- บิดา	4	2.8
- มารดา	11	7.7
- พี่หรือน้องสาว	1	0.7
- พี่หรือน้องชาย	1	0.7
- เจ้าหน้าที่อนามัย		
บุคคลที่ช่วยทำแท้ง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- ด้วยตนเอง	70	49.0
- แพทย์	6	4.2
- หมอเถื่อน	31	21.7
- เจ้าหน้าที่อนามัย	8	5.6
- แฟน/คู่รัก	10	7.0
- สามี	8	5.6
- เพื่อน	4	2.8
- ไม่ทราบ	8	5.6

## ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปร	n	%
สถานที่ที่ใช้ทำแท้ง	3	2.1
- ไม่ตอบ	12	8.4
- คลินิก	1	0.7
- โรงพยาบาล	84	58.7
- บ้านของตนเอง/หอพัก	7	4.9
- บ้านเพื่อนหรือหอพักเพื่อน	31	21.7
- บ้าน/สถานประกอบการเพื่อน	1	0.7
- ร้านขายยา	2	1.4
- โรงแรม	2	1.4
- อื่น ๆ (สสวท. หรือ โรงทาน)		
วิธีที่ใช้ในการทำแท้ง		
- กินยา	63	44.1
- ตั้งใจให้เกิดอุบัติเหตุ	4	2.8
- ฉีดยา	14	9.8
- ใช้น้ำเหน็บทางช่องคลอด	70	49.0
- ฉีดสารละลายเข้าในช่องคลอด	5	3.5
- ใช้อุปกรณ์ใส่ในช่องคลอด	27	18.9
- ชูดมดลูก	3	2.1
- นวดบริเวณท้อง	10	7.0
- กดหรือเหยียบบริเวณท้อง	2	1.4
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย		
- Incomplete abortion	43	30.1
- Completed abortion	9	6.3
- Septic abortion	12	8.4
- Criminal abortion	79	55.2



นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1-27 วัน มีค่าเฉลี่ยวันนอนเท่ากับ 2.9 วัน (SD = 2 วัน) ค่าใช้จ่ายสำหรับกลุ่มที่ทำแท้งผิดกฎหมายสูงกว่ากลุ่มแท้งเองเล็กน้อย [ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย = 7,891.2 บาท (SD = 7805.2) และ 7,165.9 บาท (SD = 4,593.4) ตามลำดับ] (ตารางที่ 5)

**ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบ และการรักษาหลังแท้ง** ผลการศึกษาพบว่าสตรีหลังทำแท้งส่วนใหญ่บอกว่ามีอาการปวดท้องมากถึงร้อยละ 44.8 มากกว่ากลุ่มสตรีที่แท้งเองซึ่งรายงานว่ามีอาการปวดเพียงร้อยละ 21.2 และกลุ่มที่ทำแท้งผิดกฎหมายพบว่ามีอาการไข้ มีการติดเชื้อ และมีภาวะซึมมากกว่ากลุ่มที่แท้งเอง สตรีหลังทำแท้งไม่ปลอดภัยบอกว่ามีผลกระทบทางด้านจิตสังคม ร้อยละ 57.9 และร้อยละ 14.7 มีผลกระทบทั้งทางด้านจิตใจและด้านเศรษฐกิจ ในขณะที่กลุ่มสตรีหลังแท้งเองมีผลกระทบด้านจิตสังคมร้อยละ 37.1 มีผลกระทบทั้งด้านจิตสังคมและด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 15.4 และร้อยละ 12.6 มีปัญหาทั้งทางด้านจิตใจและสังคม (ตารางที่ 6)

สำหรับการรักษาหลังแท้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการคุมดลูก (กลุ่มแท้งเองร้อยละ 67.6 และกลุ่มทำแท้งผิดกฎหมายร้อยละ 63.6) กลุ่มสตรีที่ทำแท้งผิดกฎหมายได้รับยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 65 ส่วนกลุ่มสตรีที่แท้งเองหรือทำแท้งเพื่อการรักษาได้รับยาปฏิชีวนะเพียงร้อยละ 46.7 สตรีหลังแท้งทั้งสองกลุ่มได้รับเลือดเกือบร้อยละ 10 (ตารางที่ 6)

## ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกสตรีหลังแท้งจำนวน 20 คน ถึงเหตุผลของการทำแท้งในเชิงลึก ประสพการณ์ของสตรีหลังทำแท้งผิดกฎหมาย กระบวนการก่อนตัดสินใจทำแท้ง ผู้วิจัยได้เสนอประเด็นตามลำดับดังนี้

### ข้อมูลทั่วไปของสตรีหลังแท้งไม่ปลอดภัย

สตรีหลังทำแท้งไม่ปลอดภัย 20 คน เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์และกระบวนการตัดสินใจทำแท้ง ข้อมูลทั่วไปของสตรีหลังทำแท้งไม่ปลอดภัย มีอายุอยู่ในช่วง 13-43 ปี มีอายุเฉลี่ย 23.97 ปี (SD = 7.97 ปี) มีกลุ่มสตรีหลังทำแท้งไม่ปลอดภัยอายุ 20-24 ปี ถึงร้อยละ 40 สตรีกลุ่มนี้ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 90 มีสถานภาพโสดร้อยละ 35 อาศัยอยู่กับคู่รักโดยไม่แต่งงานร้อยละ 32.9 จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมปลาย 6 คน มัธยมต้น 3 คน ผู้ให้ข้อมูลเชิงลึกกำลังศึกษา 10 คน (ตารางที่ 7)

### เหตุผลของการทำแท้งในเชิงลึก

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าไม่พร้อมในการตั้งครรภ์เนื่องจากกำลังศึกษา (10 คน) มีบุตรคนเล็กอายุน้อย (3 คน) มีบุตรเพียงพอแล้ว (2 คน) ครอบครัวไม่ยอมรับ (2 คน) มีปัญหาเศรษฐกิจและทะเลาะกับสามีบ่อย (3 คน) ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่บอกว่าส่วนใหญ่ครอบครัวจะเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญในการตัดสินใจทำแท้ง ดังข้อมูลประกอบ ดังนี้

ตารางที่ 5 ชนิด จำนวนครั้งและค่าใช้จ่ายในการทำแท้ง (N = 402)

ตัวแปร	ทำแท้งไม่ปลอดภัย		แท้งเองและทำแท้งเพื่อการรักษา	
	(n = 143)		(n = 259)	
	n	%	n	%
<b>ชนิดของการแท้ง</b>				
- Spontaneous abortion	0	0.0	202	78.0
- Abortion from accident	0	0.0	36	13.9
- Therapeutic abortion	0	0.0	21	8.1
- Unsafe abortion	143	100	0	0.0
<b>จำนวนครั้งที่แท้ง</b>				
- ครั้งแรก	112	78.3	195	75.3
- ครั้งที่ 2	24	16.8	49	18.9
- ครั้งที่ 3	3	2.1	11	4.2
- ครั้งที่ 4	4	2.8	4	1.5
<b>ค่าใช้จ่าย/สิทธิในการรักษา</b>				
- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	95	66.4	178	68.7
<b>(บัตรทอง, บัตร 30 บาท)</b>				
- เบิกได้จากราชการ/	2	1.4	13	5.0
<b>รัฐวิสาหกิจ</b>				
- ประกันชีวิต	15	10.5	54	20.8
- ประกันสังคม	2	1.4	0	0.0
- สังคมสงเคราะห์	0	0	1	0.4
- พรบ.				
จำนวนวันที่นอนพักรพ. (วัน)	M = 3.1	SD = 1.6	M = 2.9	SD = 2
	Min-Max = 1-12		Min-Max = 1- 27	
ค่าใช้จ่ายในการรักษา (บาท)	M = 7,891.2; SD = 7,805.2		M = 7165.9; SD = 4,593.4	
	Min-Max = 930-83,813		Min-Max == 927-44,307	

ตารางที่ 6 ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบจากการแท้งเองและการทำแท้งไม่ปลอดภัย (N = 402)

ตัวแปร	ทำแท้งไม่ปลอดภัย		แท้งเองและทำแท้งเพื่อการรักษา	
	(n = 143)		(n = 259)	
	n	%	n	%
ภาวะแทรกซ้อน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	10	7.0	8	3.1
- ช็อก	2	1.4	0	0.0
- ช่องทางคลอดฉีกขาด	25	17.5	37	14.3
- ซีด	64	44.8	55	21.2
- ปวดท้องรุนแรง	1	0.7	1	0.4
- ตั้ยมดลูก	12	8.4	2	0.8
- ติดเชื้อในโพรงมดลูก	3	2.1	0	0.0
- การอักเสบในอุ้งเชิงกราน	14	9.8	6	2.3
- ติดเชื้อในกระแสเลือด	55	38.5	19	7.3
- มีไข้				
ผลกระทบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
- ด้านร่างกาย	143	100.0	259	100
- ด้านจิตใจ	53	37.1	150	57.9
- ด้านเศรษฐกิจ	4	2.8	7	2.7
- ด้านสังคม	0	0.0	1	0.4
- ด้านจิตใจและเศรษฐกิจ	22	15.4	37	14.7
- ด้านจิตใจและสังคม	18	12.6	2	0.8
- ด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ	14	9.8	3	1.2
การรักษาที่ได้รับหลังแท้ง				
- ขูดมดลูก	91	63.6	175	67.6
- ยาปฏิชีวนะ	93	65.0	121	46.7
- ได้รับเลือด	14	9.8	24	9.3
- ผ่าตัด	5	3.5	1	0.4
- ได้รับยา Syntocinon	16	11.2	54	20.8
- ได้รับยา Methergin	18	12.6	49	18.9
- ได้รับยา Naradole	1	0.7	5	1.9
- อื่น ๆ	24	16.8	35	13.5

ตารางที่ 7 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิจัยเชิงคุณภาพ (N = 20)

ตัวแปร		จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	M = 23.86    SD = 8.03	MIN = 13.0	MAX = 43
- 13-19		7	35
- 20-24		8	40
- 25-35		3	15
- มากกว่า 35 ปี		2	10
ศาสนา			
- พุทธ		18	90
- อิสลาม		2	10
สถานภาพ			
- โสด		8	40
- สมรส		2	10
- อยู่ด้วยกันไม่แต่งงาน		7	35
- แยกกันอยู่		2	10
การศึกษาสูงสุด			
- ไม่ได้รับการศึกษา		1	5
- ป. 4		1	5
- ป. 6		2	10
- ม. 3		3	15
- ม. 6		7	35
- ปวช.		3	15
- ปวส.		1	5
- ปริญญาตรี		2	10
กำลังศึกษา			
- ใช่		11	55
- ไม่ใช่		9	45

## ตารางที่ 7 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพสตรีตั้งครรภ์		
- นักศึกษา	3	15
- นักเรียน	5	25
- แม่บ้าน	3	15
- ลูกจ้างบริษัท	2	10
- รับจ้าง	4	20
- ว่างาน	2	10
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	5

**กำลังศึกษา**

ผู้ให้ข้อมูล 3 คนบอกว่าเหตุผลที่ตัดสินใจทำแท้งเนื่องจากตนเองกำลังศึกษา ดังคำพูด

“ยังเรียน ไม่จบ ม.6 เลย อายุเพื่อนถ้าต้องออกจากเรียนกลางคัน”

“ต้องการเรียนต่ออีก 1 ปี เพื่อให้จบปี 4”

“ยังเรียนหนังสืออยู่”

**มีบุตรคนเล็กอายุยังน้อย**

เหตุผลที่จำเป็นที่ทำให้สตรีตัดสินใจทำแท้งเนื่องจากความไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตรในอนาคต เนื่องจากมีบุตรคนเล็กที่อายุยังน้อย ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยังต้องการการดูแลจากมารดา (3 คน) และอีกทั้งการมีบุตรต้องมีค่าใช้จ่าย ดังคำพูด

“ลูกคนแรกยังเล็ก อายุ 7 เดือน และต้องเรียนต่อด้วย”

“ลูกคนแรกยังเรียนอนุบาล 2”

“บุตรคนแรกยังเล็ก ค่าใช้จ่ายในครอบครัวไม่เพียงพอ”

**มีปัญหาเศรษฐกิจและปัญหาครอบครัว** ผู้ให้ข้อมูลให้เหตุผลว่ามีปัญหาเศรษฐกิจ (6 คน) และมีปัญหาจากครอบครัว (3 คน) สัมพันธภาพระหว่างสามีและตนเองไม่ดี มีการทะเลาะ สามีคิดยาเสพติด (2 คน) และปัญหาจากครอบครัวไม่ยอมรับ (2 คน) ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่าปัญหาเศรษฐกิจจะเป็นปัญหาที่สำคัญ หากมีตั้งครรภ์ต่อไปจะเพิ่มค่าใช้จ่ายในครอบครัว อีกทั้งลูกคนแรกยังเล็กช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ดังคำกล่าว

“มีบุตรเพียงพอแล้วและคิดว่าค่าใช้จ่ายในบ้านไม่เพียงพอ ต้องยืมเงินกู้เป็นประจำ”

“ค่าใช้จ่ายในครอบครัวไม่เพียงพอ แล้วก็ทะเลาะกับสามีบ่อย”

“ค่าใช้จ่ายในครอบครัวไม่เพียงพอ ลูกคนเล็กที่บ้านยังเอี้ยคอยู่”

“สามีติดกัญชา ค่าใช้จ่ายในบ้านมีไม่พอ”

“ตนเองและแฟนยังไม่มีอาชีพที่ไม่มั่นคง ถ้ามีลูกต้องลำบากแน่ มีเค้าก็เลี้ยงไม่ได้ ถ้าพึ่งตัวเองก็ลำบากมากคะ”

“คิดว่าเลี้ยงไม่ไหวเพราะไม่มีเงิน”

“ครอบครัวไม่ยอมรับเนื่องจากศาสนาไม่เหมือนกัน แฟนนับถือศาสนาอิสลาม”

“ยังไม่แต่งงาน กลัวพ่อแม่เสียใจและผิดหวัง”

### ประสบการณ์ของสตรีหลังทำแท้งไม่ปลอดภัย

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (10 คน) เมื่อทราบที่ตั้งครรภ์ ตัดสินใจทำแท้งด้วยตนเองทันที และให้เร็วที่สุด ผู้ให้ข้อมูล 2 คนบอกว่า พอทราบที่ตั้งครรภ์ก็ไม่ได้ทำอะไร แต่ต้องตัดสินใจทำแท้งตอนหลังเพราะทะเลาะกับสามีบ่อย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่บอกความรู้สึกหลังทำแท้งแล้วเป็น 4 ประเด็นใหญ่ๆ คือ 1) ด้านศีลธรรมและจริยธรรม 2) รู้สึกหายเครียด 3) รู้สึกเสียใจ/ตัดสินใจผิดพลาด และ 4) ทรมานจากอาการปวดท้อง

**ด้านศีลธรรมและจริยธรรม** ผู้ให้ข้อมูล 4 คน รู้สึกผิดและบาป เสียใจในการทำแท้ง แต่คิดว่าปัญหาจากการตั้งครรภ์มีมากกว่าการทำแท้งจึงได้ตัดสินใจด้วยตนเอง

“รู้สึกผิดและบาป คิดว่าได้รับกรรมแล้ว มันเจ็บจริง ๆ ฆ่าเค้าก็ต้องรับโทษแบบนี้แหละ”

“รู้สึกผิดมากๆ และบาปค่ะ แต่ก็ทำแล้ว ค่อยไปทำบุญให้เค้าเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้ว”

“รู้สึกทรมานและเหมือนตายแล้วเกิดใหม่ รู้สึกผิดมากๆ ที่ฆ่าลูกตัวเอง”

“รู้สึกโล่งใจก่อน แล้วก็คิดว่าตัวเองทำบาป”

“รู้สึกโล่งใจแต่รู้สึกผิดกัน”

**รู้สึกหายเครียด** ผู้ให้ข้อมูล 5 คน บอกว่ารู้สึกคลายความเครียด โล่งใจหลังทำแท้ง เพราะไม่ต้องรับภาระในเรื่องค่าเลี้ยงดูบุตร และไม่ต้องกังวลว่าคนอื่นจะทราบ เนื่องจากกำลังเรียนหนังสือและมีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“รู้สึกโล่งใจ ผสมกับเศร้าใจกัน”

“รู้สึกโล่งใจ แต่รู้สึกผิด หลังเด็กแท้ง 2 วัน นอนไม่หลับ เพราะสงสารลูก”

“โล่งใจ”

“รู้สึกโล่งใจ แต่รู้สึกผิดกัน”

**รู้สึกเสียใจ/รู้สึกว่ตัดสินใจผิดพลาด** ผู้ให้ข้อมูล 2 คน กล่าวว่ารู้สึกเสียใจที่ตัดสินใจทำแท้ง เนื่องจากรีบด่วนตัดสินใจ ไม่ได้ปรึกษาครอบครัว หากได้ปรึกษาคิดมาตรา หรือแฟนก็อาจได้คำแนะนำที่ดีกว่าการทำแท้ง คิดว่าตนเองตัดสินใจผิดพลาด ดังคำกล่าวที่ว่า

“รู้สึกเสียใจเมื่อทำแท้งแล้ว แม่ร้องไห้และบอกว่าหลานแม่คนหนึ่งแม่เลี้ยงได้ ทำไมไม่บอกแม่”

“หนูว่าหนูพลาดไปค่ะ”

“รู้สึกเสียใจ แฟนก็เสียใจ เค้าบอกว่าถ้าเค้ารู้ว่าท้องเค้าไม่ให้ทำแท้ง เค้าจะเลี้ยงตัวเอง แต่กลัวว่าคนอื่นจะรู้และกำลังเรียน”

“หนูเก็บความลับไว้ คนเดียว นอนร้องหลายวัน เสียใจกับชะตากรรมของตนเอง แล้วจึงถามเพื่อนสนิท เพื่อนเค้าก็ถามจากเพื่อน ๆ ให้ เลยซื้อยามาเหน็บ”

**รู้สึกทรมาน** ผู้ให้ข้อมูลบอกว่า การทำแท้งครั้งนี้ตนเองไม่ทราบว่าผลที่ตามมาจะเป็นอย่างไร ไม่ทราบว่าต้องชูดมดลูกและต้องนอนโรงพยาบาล คิดว่าเหน็บยาแล้วจะทำให้แท้ง เพื่อนแนะนำว่าทำแท้งไม่ยาก ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล แต่ผลที่ตามมาได้แก่ปวดและทรมานมากคิดว่า

“ไม่คิดว่าการทำแท้งจะทรมานมากขนาดนี้ ถ้ารู้ว่าทรมานจะไม่ทำ”

“รู้สึกทรมานและเหมือนตายแล้วเกิดใหม่”

“รู้สึกงงๆ หลังแท้งบุตรแล้ว 21 วัน มีเลือดออกมาก และมาโรงพยาบาลต้องชูดมดลูก”

“เหมือนตายแล้วเกิดใหม่ หลังเหน็บยา ปวดท้องมาก ทรมานมากๆ ค่ะ แต่ไม่กล้าบอกใครกลัวเค้าสมน้ำหน้า”

### กระบวนการตัดสินใจทำแท้ง

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ต้องการยุติการตั้งครรภ์ และเมื่อสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็น การวางแผนก่อนทำแท้ง ขั้นตอนในการทำแท้ง ผลจากการทำแท้ง และการวางแผนในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ซ้ำ ได้ข้อมูล ดังนี้

#### 1) การวางแผนก่อนทำแท้ง

ผู้ให้ข้อมูลบอกว่าเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ ต้องการการทำแท้งทันที ให้เร็วที่สุด 10 คน ไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรจึงปรึกษาสามี 3 ราย หลังจากตัดสินใจทำแท้งแล้วก็มีมารดา 3 คน ปรึกษาน้องสาว 1 ราย ปรึกษาเพื่อน 4 คน มีผู้ให้ข้อมูล 2 คน รู้สึกสับสนไม่รู้จะไปทำแท้งที่ไหน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่คิดหาทางออกอื่น ต้องการเพียงยุติการตั้งครรภ์ทันทีที่ทราบว่าตั้งครรภ์ ซึ่งคิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด 9 รายตัดสินใจทำแท้งทันที

“ไม่คิดหาทางออกอื่น ต้องการให้เร็วที่สุด”

“ปริกษาสามีหลังจากคิดอยู่ 2 วันว่าจะทำอะไรถึงจะไม่ต้องท้องต่อ”

“แฟนที่ทำแท้งให้ได้จึงปรึกษาเพื่อน”

“เพื่อนแนะนำให้ซื้อยามาเหน็บ”

“ถามเพื่อนว่าที่ไหนเขารับทำแท้งบ้าง”

“นอนคิดอยู่ 1 คืน จึงปรึกษาสามีว่าจะทำอะไร สามีรับจะไปถามพี่สาวเรื่องสถานที่รับทำแท้ง”

“ปรึกษาน้องสาว และมารดาว่าจะทำแท้ง”

“หลังจากมารดาทราบไม่ต้องการให้อยู่ด้วยกัน เพราะต่างศาสนา ปรึกษาเรื่องการทำแท้งกับเพื่อน”

“ปรึกษาเพื่อนแนะนำว่าควรเอาออกจะไปถามซื้อยามาให้ จึงกลับมาบอกสามี สามีบอกตามใจ”

ผู้ให้ข้อมูลบอกว่าเมื่อตัดสินใจทำแท้งแล้วก็ ก็เริ่มหาข้อมูลว่าจะทำแท้งที่ไหน โดยถามจากเพื่อนสนิท บางรายไม่ต้องการให้ใครทราบ ก็ไปซื้อยาเองที่ร้านขายยา บางรายวางแผนเรื่องค่าใช้จ่ายโดยขอจากแฟน

“กังวลเรื่องสถานที่ทำแท้ง ถ้าทำแท้งไม่ได้จะทำอย่างไร”

“จะทำแท้งอย่างไรไม่ให้ใครรู้”

“บอกแฟนให้ช่วยหาเงินมาซื้อยามีดละ 900 บาท ต้องการ 3 เม็ด”

“หาวิธีทำแท้ง แอบถามจากเพื่อนๆ ว่าที่ไหนขายยาทำแท้ง หรือพอจะฝากซื้อมาให้เพราะรุ้น้องยังเรียนแล้วตั้งครรรค์”

## 2) ขั้นตอนในการทำแท้ง

ผู้ให้ข้อมูลบอกว่าเมื่อตัดสินใจทำแท้งแล้วก็พยายามหาสถานที่ทำแท้งหรือสถานที่ซื้อยามาเหน็บ ส่วนใหญ่เพื่อนจะเป็นคนช่วยซื้อยาให้และคอยช่วยเหลือเมื่อมีอาการก็พาส่งโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลบอกรายละเอียดดังนี้

“ปรึกษากับเพื่อนให้ช่วยซื้อยาเหน็บให้ เพราะที่โรงเรียนเพื่อนเคยบอกว่าหายาเหน็บได้ ซื้อยาราคามีดละ 1500 บาท 3 เม็ด เหน็บก่อนนอน กลางคืนปวดมาก แล้วจึงมีเลือดออก”

“เดินไปซื้อยาขับเลือดมากิน 10 เม็ด ก็ยังไม่แท้ง จึงไปพบหมอนวด ให้นวดให้แท้ง หมอนวดใช้กิ้งไม้ใส่ในช่องคลอด เพื่อให้แท้งเร็ว ๆ หลังใส่กิ้งไม้ 2 วัน มีไข้ หนาวสั่น และปวดท้อง”

“ติดต่อเพื่อน ที่รู้จักร้านยา เพื่อซื้อยาเหน็บ ราคาเม็ดละ 600 บาท เหน็บยาครั้งแรก 1 เม็ด ไม่มีอาการ จึงซื้อยาอีก 2 เม็ด จึงแท้งและไปตรวจ แพทย์บอกแท้งไม่ครบ ส่งมาขูดมดลูกที่โรงพยาบาล”



“เมื่อเพื่อนนำยามาให้ วันแรกเห็บ 1 เม็ด ปวดท้องแล้ว หายปวด อีกวันเห็บ อีก 2 เม็ด เริ่มปวดท้องมากเพื่อนโทรศัพท์ให้แม่มารับส่งโรงพยาบาล”

“เพื่อนซื้อยามาขายให้ราคาเม็ดละ 1,000 บาท 4 เม็ด เป็นเงิน 4000 บาท เริ่มเห็บขาดอน หัวค่ำ กลางคืน ก็ปวดท้องและเริ่มมีเลือดออก มีชิ้นเนื้อออกคิดว่าเด็กออกแล้ว อีก 2 วัน มีไข้หนาวสั่น จึงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล”

“บอกเพื่อนให้ซื้อยามาให้ ราคาเม็ดละ 800 บาท 3 เม็ด หลังจากได้ยาเห็บเวลาประมาณ 3 ทุ่ม เริ่มปวดท้องกลางคืน และมีเลือดออก เช้ามีเด็กแท้งหลังจากนั้นมีเลือดออก กะปริดกะปรอย 2 วัน”

“สอบถามสถานที่ทำแท้งที่ปลอดภัย แต่เพื่อนแนะนำยาสอด ซึ่งมีรุ่นพี่ที่หาซื้อได้ ราคาเม็ดละ 600 บาท สั่งซื้อมา 3 เม็ด”

“เพื่อนซื้อยาให้ 4 เม็ด เม็ดละ 600 บาท ให้แฟนเห็บยาให้ หลังจากเห็บปวดท้องทั้งคืน คืนทุรนทุรายมาก ตอนเช้าจึงมีชิ้นเนื้อหลุดแต่เลือดออกไม่หยุด”

“ให้เพื่อนซื้อยาให้ราคาเม็ดละ 700 บาท ครั้งแรกสอด 3 เม็ด ปวดท้องมา รพ. แพทย์บอกไม่แท้งกลับบ้านซื้อมาเห็บอีก 2 เม็ดจึงแท้ง”

“พี่สาวซื้อยาเห็บมาให้ราคาเม็ดละ 500 บาท ซื้อมาให้ 4 เม็ดหลังจากเห็บยา เริ่มปวดท้อง วันรุ่งขึ้นจึงมีเลือดออกปวดเพิ่มมากจึงเข้ารับการรักษา แพทย์ ตรวจอัลตราซาวด์ พบว่าเป็นฝาแฝดเสียชีวิต 1 คน มีชีวิต 1 คน”

### 3) ผลกระทบจากการทำแท้ง

เมื่อถามข้อมูลเกี่ยวกับผลจากการทำแท้ง ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลว่า มีผลกระทบทางด้าน 1) เศรษฐกิจ 2) จิตใจ และ 3) สังคม มีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ด้านเศรษฐกิจ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายเนื่องจากมีบัตรประกันสังคม และใช้สิทธิบัตรสุขภาพ และมีครอบครัวช่วยค่าใช้จ่าย

“ไม่มี แฟนรับผิดชอบค่ารักษา”

“ไม่มี”

“ไม่มี ใช้สิทธิบัตร 30 บาทได้”

“ไม่มี ใช้สิทธิ ประกันสังคมได้”

“ต้องเสียเวลาทำงาน แต่ยงดีที่โรงพยาบาลช่วยให้ใช้สิทธิกรณีฉุกเฉิน”

“ใช้สิทธิบัตรทองในเขต”

3.2 ด้านจิตใจ ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รู้สึกเสียใจ รู้สึกบาป เครียด กลัว คนอื่นรู้ รู้สึกผิด ดังคำกล่าวดังนี้

“รู้สึกเสียใจที่ฆ่าบุตร”

“เครียดมาก กลัว จะไม่มีค่ารักษา กลัวคนรอบข้างรู้”

“รู้สึกบาปและผิด”

“รู้สึกบาปมาก ไม่รู้ จะหาวิธีไถ่บาปอย่างไร”

“รู้สึกเสียใจ และผิดมาก ยิ่งเห็นบุตรที่แท้งแล้วแพทย์อุ้มให้ดู ไม่น่าจะฆ่าบุตรเลย”

“รู้สึกผิด”

**3.3 ทางด้านสังคม** สตรีหลังแท้งให้ข้อมูลว่าไม่รู้สึกกระทบต่อด้านสังคมเนื่องจากไม่มีใครรู้นอกจากเพื่อน หรือคนที่สนิท ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่มีใครทราบนอกจากแฟน”

“ไม่มี”

“เพื่อนบ้านทราบว่าเป็นไข้ได้รับการรักษาแล้ว ไม่มีใครรู้ว่าทำแท้ง”

“ไม่มี เพราะทุกคนคิดว่าตัวเองเจ็บป่วย ไม่มีใครรู้ว่าทำแท้ง”

“ครอบครัวไม่ทราบที่ตั้งครรภ์”

“มารดาและน้องสาวรับทราบ นอกนั้นไม่มีใครทราบ”

“ไม่มี บอกญาติว่าประจำเดือนมามากจึงต้องนอนโรงพยาบาล”

#### การวางแผนในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมซ้ำ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าจะวางแผนการคุมกำเนิดโดยการกินยา ฉีดยา ทำหมัน และจะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ดังคำกล่าว

“จะฉีดยาคุมกำเนิด จนกว่าจะเรียนจบ”

“ถ้ากลับไปทำงานค้าประเวณีจะใช้ยาฉีดคุมกำเนิด ไม่ชอบกินยาคุมทุกวันๆ”

“จะรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด เพราะยังไม่พร้อมจนกว่าจะเรียนจบ”

“ต้องกลับไปปรึกษาแฟนก่อน”

“จะฉีดยาคุมกำเนิดให้ตรงกำหนด จนกว่าจะพร้อมตั้งครรภ์และมีบุตรคนต่อไป”

“จะฉีดยาคุมกำเนิดไม่ให้ลืม”

“จะคุมกำเนิดอย่างดี จนกว่าจะเรียนจบ”

“คิดว่าจะต้องหาวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตัวเองเพื่อไม่ให้ผิดพลาดซ้ำอีก”

“จะฉีดยาคุม เพราะยังไม่พร้อมมีบุตร”

“ทำหมันเพราะไม่ต้องการมีบุตรอีก”

“อยากทำหมันเลยแต่แพทย์บอกให้กลับบ้าน ไปพักก่อน เพราะไม่มั่นใจว่ามดลูกทะลุหรือไม่”

“จะคุมกำเนิดให้สม่ำเสมอ”

“คิดว่าจะคุมกำเนิดให้ดีทุกครั้งถ้ามีเพศสัมพันธ์และจะไม่มีแฟนต่างศาสนา”

## อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการแท้งเองและการทำแท้งไม่ปลอดภัยในสตรีหลังแท้งที่เข้ารับการรักษาตัวใน 6 โรงพยาบาลของรัฐในภาคใต้ของประเทศไทย การอภิปรายจะนำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้ ประวัติข้อมูลการตั้งครรภ์ของสตรีหลังแท้ง ชนิดและค่ารักษาพยาบาล เหตุผลของการทำแท้งไม่ปลอดภัย ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบ และการจัดการหลังแท้ง

### ประวัติข้อมูลการตั้งครรภ์ของสตรีหลังแท้ง

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าสตรีหลังแท้งส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่น การศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีหลังแท้งมีอายุช่วง 13-24 ปี ถึงร้อยละ 66 ซึ่งมากกว่ากลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่พบเพียงร้อยละ 22.4 จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสตรีกลุ่มวัยรุ่นมีอัตราการแท้งสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยพบสตรีที่มีอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 19 สตรีที่มีอายุ 20-24 ปีพบร้อยละ 33 และสตรีวัยผู้ใหญ่อายุมากกว่า 25 ปี ขึ้นไปพบร้อยละ 25 (UNECAP, 2000) และจากการวิเคราะห์งานวิจัยในปี ค.ศ. 2000 ที่ศึกษาเกี่ยวกับการแท้งแบ่งตามกลุ่มอายุพบว่าส่วนใหญ่สตรีหลังแท้งมีอายุ 15-30 ปี เกือบร้อยละ 14 ของการแท้งไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาเป็นสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี (Shan & Ahman, 2004; WHO, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติที่รายงานโดย UNFPA ที่พบว่าร้อยละ 10-14 ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม (UNFPA, 2003) และพบว่าสตรีวัยรุ่นประมาณ 2-4.4 ล้านคนทั่วโลกที่ทำแท้ง (Treffers, 2002)

อย่างไรก็ตามมีการศึกษาหนึ่งเรื่องที่พบว่าสตรีวัยผู้ใหญ่มีอัตราการทำแท้ง (ร้อยละ 67) สูงกว่ากลุ่มวัยรุ่นหรือกลุ่มเยาวชน (ร้อยละ 27) (Thapa, Thapa, & Shrestha, 1992) การศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่าเยาวชนไทยเริ่มมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในขณะที่อายุน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า เยาวชนไทยมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยคือตั้งแต่ 14-18 ปี และการศึกษาของวารุณีและคณะ (2549) พบว่าวัยรุ่นร้อยละ 28.4 เคยมีเพศสัมพันธ์โดยพบเพศชาย (ร้อยละ 36.3) สูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 20.9) อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 16 ปี ซึ่งวัยรุ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.3) มีความเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่วัยรุ่นสมัยนี้จะมีเพศสัมพันธ์กับคู่รักและพบว่าทั้งสตรีและชายต่างก็มีทัศนคติในเรื่องการมีคู่หลายคนเป็นเรื่องปกติธรรมดา ส่วนปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย จากการสำรวจแนวโน้มพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นพบว่ากลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 5 ผู้ชายมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 15 และใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 26 ส่วนสตรีมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 4 และให้คู่นอนใช้ถุงยางอนามัยเพียง ร้อยละ 17 สำหรับวัยรุ่นในกลุ่มอาชีวศึกษาชั้นปีที่ 2 พบว่า ผู้ชายมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 100 แต่ใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 11 และจากการสำรวจของเอแบคโพลล์ (2545) พบว่าโดยภาพรวมนักเรียน (ที่เคยมีเพศสัมพันธ์) มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุเฉลี่ย 16 ปี (ต่ำสุด 9 ปี สูงสุด 19 ปี) โดยที่นักเรียนชาย มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุเฉลี่ย 15 ปี (ต่ำสุด 9 ปี สูงสุด 19 ปี) และนักเรียนสตรี มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุเฉลี่ย 16

ปี (ต่ำสุด 10 ปี สูงสุด 19 ปี) และมีการศึกษาในภาคใต้ที่พบว่าวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยและไม่ป้องกันการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นสตรีที่กำลังศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 1, 2, 3 สังกัดกรมอาชีวศึกษา จำนวน 497 ราย ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศด้านการมีเพศสัมพันธ์พบร้อยละ 9.3 ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุ 12-19 ปี และมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคนรักมากที่สุดร้อยละ 89.1 ในด้านลักษณะการมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 30.4 มีเพศสัมพันธ์โดยใช้ปากร้อยละ 26.1 มีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศ กลุ่มตัวอย่างมีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกและครั้งต่อมาร้อยละ 19.6 และร้อยละ 28.3 ตามลำดับ และเมื่อมีปัญหาทางเพศส่วนใหญ่จะปรึกษาเพื่อน (จิตพร, สุรีย์พร, กัญจนี, และ ฉวนนี, 2550)

ซึ่งจากผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่าเยาวชนในสังคมปัจจุบันมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับสังคมไทยในสมัยก่อนซึ่งมีการปลูกฝังค่านิยมและให้ความสำคัญในการรักษาวงศ์วานตัวของสตรีมากกว่าในปัจจุบัน นอกจากนี้รายงานการวิจัยในเรื่องเดียวกัน พบว่า ตัวอย่างระบบการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนครั้งแรกส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.6) เกิดจากความเต็มใจ และในบรรดานักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์มีเพียงร้อยละ 19.0 ที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ซึ่งมีถึงร้อยละ 81.0 ที่ไม่ใช้หรือใช้เป็นบางครั้ง ซึ่งถือว่าพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนอยู่ในภาวะที่เสี่ยง (จิตพร และคณะ, 2550)

ดังนั้นนักเรียนที่มีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่จึงเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และโรคเอดส์ ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มเยาวชนที่มีเพศสัมพันธ์มีการคุมกำเนิดต่ำมากนี้อาจจะเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นไทยมีการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และทำให้ตัดสินใจทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย

จากการศึกษาในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นไทยในภาคใต้ที่ทำแท้งผิดกฎหมายมีการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนสูงถึงร้อยละ 53.1 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่แท้งเองซึ่งไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มีเพียงร้อยละ 20.5 ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มสตรีหลังทำแท้งผิดกฎหมายไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ทำให้ไม่ต้องการบุตรจึงต้องการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าสตรีที่ทำแท้งไม่ปลอดภัยมีการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน (Warakamin et al., 2004) และไม่ต้องการบุตร (Bankole et al., 1998) ในสังคมไทยการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เกิดได้จากปัจจัยหลายด้านประกอบด้วย การไม่มีประสิทธิภาพของการสอนเรื่องเพศศึกษา บริการการวางแผนครอบครัวที่ไม่มีคุณภาพสำหรับประชากรทุกกลุ่มวัย (IPSR, 2006) การที่จะแก้ปัญหาให้ตรงประเด็นนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องต้องให้บริการวางแผนครอบครัวที่ตอบสนองความต้องการของคนทุกกลุ่มวัย ซึ่งไม่เพียงเฉพาะกลุ่มคู่ที่สมรสเท่านั้น การให้บริการวางแผนครอบครัวต้องให้แก่กลุ่มเด็กวัยรุ่นทั้งสตรีและผู้ชาย และกลุ่มคนโสดทั้งสตรีและชายด้วยเช่นกัน

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าสตรีที่มีประสบการณ์แท้งทั้งกลุ่มที่แท้งเองและที่ทำแท้งไม่ปลอดภัยมีอายุครรภ์ขณะแท้งหรือทำแท้งเมื่ออายุครรภ์ใกล้เคียงกันคือเป็นการแท้งในไตรมาสที่ 1

ซึ่งมีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 0-12 สัปดาห์ คือร้อยละ 65.2 และร้อยละ 58.2 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีการแท้งหรือทำแท้งในไตรมาสที่ 1 คือก่อน 12 สัปดาห์ อาจจะเป็นไปได้ว่าการแท้งในระยะไตรมาสที่ 1 มีความปลอดภัยมากกว่าไตรมาสหลังๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา 2 เรื่อง ที่พบว่าสตรีหลังทำแท้งทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่จะทำแท้งหรือแท้งเอง หรือแท้งจากการรักษา จะเกิดขึ้นในไตรมาสแรก (Prohm, 2009; Srinil, 2011) จากการศึกษาของพรหม (Prohm) พบว่าสตรีที่แท้งเองร้อยละ 77.53 มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 4-12 สัปดาห์ และร้อยละ 50.74 ของสตรีกลุ่มที่ทำแท้ง ผิดกฎหมายที่ทำแท้ง มีการศึกษาหนึ่งเรื่องพบว่าสตรีหลังแท้งส่วนใหญ่ร้อยละ 57 มีการทำแท้ง ในช่วงอายุครรภ์ 9-15 สัปดาห์ มีเพียงร้อยละ 16.8 ที่ยุติการตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 20-28 สัปดาห์ (Srinil, 2009) จะเห็นได้ว่าสตรีหลังแท้งส่วนใหญ่ในแต่ละการศึกษามีการทำแท้งในไตรมาสแรก เพราะคำนึงถึงความปลอดภัยและต้องการยุติการตั้งครรภ์ให้เร็วที่สุดก่อนที่ผู้อื่นจะทราบ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการทำแท้งในไตรมาสแรกมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการทำแท้งในไตรมาสที่สอง (Grossmam, Blanchard, & Blumenthal, 2008)

สตรีที่มีประสบการณ์แท้งไม่ปลอดภัยต้องการยุติการตั้งครรภ์ให้เร็วที่สุดเพื่อไม่ให้ผู้อื่นทราบ ในสังคมไทยสตรีถูกคาดหวังให้รักนวลสงวนตัว และมีการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม ยิ่งไปกว่านั้น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรส หรือก่อนวัยอันควรจะไม่ได้ได้รับความเห็นอกเห็นใจจากสังคมเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ และถูกตำหนิว่าทำตัวไม่เหมาะสมซึ่งสุกก่อนห่าม สตรีถูกสอนให้เก็บกอดอารมณ์ทางเพศ ผู้ชายเท่านั้นที่แสดงออกทางเพศได้ ดังนั้นการทำแท้งผิดกฎหมายหรือสังคมไทยเรียกการทำแท้งผิดกฎหมายหรือทำแท้งเถื่อน จะเกี่ยวข้องกับศีลธรรม จริยธรรม จึงเป็นเหตุให้สตรีที่ตั้งครรภ์นอกสมรสหรือตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมต้องการทำแท้งให้เร็วที่สุด โดยไม่ได้ปรึกษาใคร ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีหลังแท้งไม่ปลอดภัยส่วนใหญ่ตัดสินใจและทำแท้งด้วยตนเองที่บ้านหรือที่พักของตนเอง

### ชนิดและค่ารักษาพยาบาล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีสตรีที่ทำแท้งไม่ปลอดภัยร้อยละ 35.6 (n = 143) และแท้งเองหรือทำแท้งเพื่อการรักษาร้อยละ 64.4 (n = 259) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลังเก็บข้อมูลช่วงเดือนมกราคมถึง ธันวาคม พ.ศ. 2551 พบอัตราการทำแท้งผิดกฎหมาย ร้อยละ 36.8 เป็นกลุ่มที่ได้รับการทำแท้งเพื่อการรักษาร้อยละ 23.8 และสตรีหลังแท้งเอง 39.4 (Srinil, 2011) ใกล้เคียงกับการศึกษาของพรหมนารท และคณะ (Prommanart et al., 2004) ที่ศึกษาสตรีหลังแท้งบุตรที่คลินิกหลังการแท้งบุตร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบว่ามีอัตราการทำแท้งร้อยละ 34.8 และเป็นสตรีหลังแท้งเอง 65.2 แต่อย่างไรก็ตามอัตราการทำแท้งในการศึกษาครั้งนี้สูงกว่าการสำรวจอัตราการแท้งในปี 2542 ซึ่งทำการสำรวจจากกลุ่มตัวอย่าง 45,990 ราย จาก 787 โรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศไทยพบว่ามีอัตราการทำแท้งเพียงร้อยละ 28.5 และมีอัตราการแท้งเองร้อยละ 71.5 (Warakamin et al., 2004) และจากการศึกษาสถิติการทำแท้งของ

โรงพยาบาลรามารชิบดินในช่วงปีพ.ศ. 2548 ถึง 2549 พบอัตราการแท้งเองร้อยละ 43.05 และมีอัตราการทำแท้งร้อยละ 56.95 (Prohm, 2009) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาหนึ่งเรื่องที่ว่าอัตราการแท้งเองและอัตราการทำแท้งมีอัตราไม่แตกต่างกัน คือมีผู้ป่วยแท้งเอง ร้อยละ 50.7 และทำแท้งร้อยละ 49.3 (กาญจนา และคณะ 2546) จากการทบทวนวรรณคดีพบอัตราการแท้งทั้งที่แท้งเองหรืออัตราการทำแท้งผิดกฎหมายมีจำนวนแตกต่างกันอาจจะเกิดจากสถานที่ในการทำวิจัยแตกต่างกันหรือเกิดจากระยะเวลาในการทำวิจัยแตกต่างกัน เป็นที่น่าประหลาดใจว่าถึงแม้ประเทศไทยจะมีกฎหมายห้ามการทำแท้งแต่อัตราการทำแท้งเดือนหรือการทำแท้งผิดกฎหมายไม่เคยลดลง ดังนั้นกฎหมายเกี่ยวกับการทำแท้งควรมีการปรับปรุงหรือแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหา อย่างไรก็ตามได้มีการเคลื่อนไหวเรื่องการแก้ไขกฎหมายการทำแท้งในประเทศไทยตั้งแต่ปีพ.ศ. 2516 แต่สตรีไทยก็ยังคงประสบปัญหาและเจอกับความทุกข์ทรมานและเจ็บปวดจากการทำแท้งผิดกฎหมาย (Intarsprasert & Boonthai, 2005)

ในการศึกษาคั้งนี้พบว่าสตรีหลังแท้งต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1-27 วัน โดยกลุ่มสตรีที่ทำแท้งผิดกฎหมายต้องนอนพักรักษาตัวมีจำนวนตั้งแต่ 1-12 วัน โดยจำนวนวันนอนเฉลี่ย 3.6 (SD = 1.6) ส่วนกลุ่มที่แท้งเองหรือได้รับการทำแท้งเพื่อการรักษาต้องนอนพักรักษาตัวนานตั้งแต่ 1-27 วัน มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 2.9 (SD = 2) ผลการศึกษาเรื่องจำนวนวันนอนพักในโรงพยาบาลในการศึกษาคั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของศรีนิล (Srinil, 2011) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการทำแท้งไม่ปลอดภัยที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นช่วงเดือนมกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2551 พบว่าสตรีหลังแท้งต้องนอนพักรักษาตัวนานตั้งแต่ 1-19 วัน เฉลี่ย 2.2 วัน โดยสตรีหลังแท้งร้อยละ 51.8 นอนพักรักษาตัวเพียง 1 วัน เช่นเดียวกับการศึกษาของศรีนิล (Srinil, 2009) ที่พบว่าสตรีหลังแท้งพักรักษาตัวเพียง 1 วัน ร้อยละ 51 และ ร้อยละ 3 ที่ต้องพักรักษาตัวมากกว่า 7 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาสตรีหลังทำแท้งผิดกฎหมายสูงกว่าสตรีหลังแท้งเองเล็กน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าสตรีที่ทำแท้งผิดกฎหมายต้องเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าสตรีที่แท้งเอง (Srinil, 2009) โดยพบว่าสตรีที่ทำแท้งผิดกฎหมายต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 3,756 บาท และสตรีที่แท้งเองต้องเสียค่าใช้จ่าย 2,680 บาท ส่วนการศึกษาของสุวรรณ (2546) ค่าใช้จ่ายในการทำแท้งเฉลี่ย  $1,867 \pm 1,513$  บาท ค่าใช้จ่ายจริงในการรักษาผลแทรกซ้อนของการทำแท้งเฉลี่ย  $2,857 \pm 2,072$  บาท การที่ค่ารักษาพยาบาลของกลุ่มสตรีที่ทำแท้งผิดกฎหมายสูงกว่าเนื่องจากสตรีกลุ่มนี้มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งจากผู้ให้บริการที่ไม่มีทักษะและใช้อุปกรณ์ที่ไม่สะอาดทำให้เกิดการติดเชื้อและสูญเสียเลือด

#### เหตุผลของการทำแท้งไม่ปลอดภัย

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าเหตุผลของการทำแท้งมี 3 ปัจจัยหลักๆคือ เกิดจากเหตุผล 1) ด้านครอบครัว 2) ด้านเศรษฐกิจ และ 3) ด้านสังคม ซึ่งเหตุผลการทำแท้งสอดคล้องกับการศึกษาที่ทำในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนาที่พบว่าเหตุผลของการทำแท้งเกิดจากปัญหา

ทางด้านครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งจากการศึกษาเรื่องเหตุผลของการทำแท้งของสตรีอเมริกันพบว่าส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าไม่พร้อมที่จะมีบุตรคนใหม่ร้อยละ 60.8 มีรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 42.7 มีเพศสัมพันธ์และตั้งครรรภ์ก่อนสมรสร้อยละ 24.5 และต้องการที่จะศึกษาต่อร้อยละ 23.1 (Lawrence et al., 2005) และสอดคล้องกับการศึกษาในเมืองไทยที่พบว่าสตรีหลังแท้งส่วนใหญ่ให้เหตุผลของการทำแท้งว่ามาจากด้านสังคมและเศรษฐกิจร้อยละ 56.8 โดยเฉพาะกลุ่มสตรีหลังแท้งวัยรุ่นที่ให้เหตุผลว่าต้องทำแท้งเพราะความไม่พร้อมทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสตรีหลังแท้งให้เหตุผลของการทำแท้งว่ามาจากปัญหาเกี่ยวกับการศึกษาต่อการตั้งครรรภ์ทำให้ไม่สามารถเรียนต่อได้ (กนกวรรณ, 2550; Broen et al.; 2005; Finer et al., 2005) และปัญหาเศรษฐกิจ (กนกวรรณ; Senbeto et al., 2005) กลัวบิดามารดาไม่ยอมรับผู้ชายไม่ยอมรับ (กนกวรรณ)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเหตุผลของการทำแท้งเกิดจากคู่สมรสไม่พร้อมจะมีบุตร มีบุตรเพียงพอแล้ว ( Prohm, 2009) เช่นเดียวกับการศึกษาที่ประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าสตรีหลังแท้งร้อยละ 74 กล่าวว่าถ้าการมีบุตรจะทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงชีวิต และสตรีหลังแท้งร้อยละ 73 ระบุว่ามิมีรายได้ไม่เพียงพอหากมีบุตร และสตรีร้อยละ 48 ไม่ต้องการเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว หรือมีปัญหาครอบครัวตามมา (Lawrence et al., 2005) และสตรีหลังแท้งร้อยละ 42 มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย และร้อยละ 42.7 มีรายได้ไม่เพียงพอ จากการสังเคราะห์งานวิจัยจาก 27 ประเทศพบว่าเหตุผลที่บ่งบอกของการทำแท้งคือไม่ต้องการมีบุตรและต้องการขยายเวลาของการตั้งครรรภ์ออกไป และเหตุผลรองลงมาคือมีปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งจะทำให้เกิดผลกระทบต่อการศึกษาต่อ หรือการทำงาน อีกทั้งเกิดจากการขาดการสนับสนุนจากบิดาของทารกในครรภ์ ฐานะยากจน ไม่สามารถเลี้ยงดูทารกที่เพิ่มมาอีกคน (Bankole et al., 1998) และจากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าเหตุผลของการทำแท้งของสตรีวัยรุ่นเกิดจากเหตุผลที่สำคัญคือการตั้งครรรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และยังไม่พร้อมที่จะมีบุตรและไม่ต้องการบุตร (Bankole et al.; Lawrence et al.) ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านในเรื่องเหตุผลของการทำแท้งว่าเกิดจากเหตุผลหลักทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ต้องตัดสินใจทำแท้งผิดกฎหมาย

มีสตรีหลังแท้งหลายคนให้เหตุผลว่าขนาดครอบครัวใหญ่ในปัจจุบันไม่จำเป็นและจะส่งผลกระทบต่อการศึกษาและส่งเสียให้การศึกษาต่อบุตร จากเหตุผลทางด้านครอบครัวพบว่าสตรีหลังแท้งให้ระบุว่าการตั้งครรรภ์ทำให้ครอบครัวอับอายร้อยละ 16.8 และ ร้อยละ 16.1 ระบุว่ามีบุตรเพียงพอแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าสตรีหลังแท้งรู้สึกว่ามีบุตรเพียงพอแล้วและการมีบุตรเพิ่มอีกคนจะมีผลต่อการดูแลบุตรคนอื่นๆ (Lawrence et al., 2005) ยิ่งไปกว่านั้นการศึกษาที่ผ่านอีกหนึ่งเรื่องพบว่าสตรีหลังแท้งร้อยละ 21 ไม่พร้อมที่จะรับผิดชอบเลี้ยงดูบุตร และร้อยละ 12 มีปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพกับคู่สมรส

## ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบ และการจัดการหลังแท้ง

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องพบว่า การแท้งเองจะมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการทำแท้งผิดกฎหมาย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีหลังทำแท้งไม่ปลอดภัยมีอัตราการปวดท้องร้อยละ 44.8 ซึ่งมากกว่าสตรีที่แท้งเองหรือทำแท้งเพื่อการรักษาที่มีอัตราการปวดท้องเพียงร้อยละ 21.2 และพบว่าสตรีหลังทำแท้งไม่ปลอดภัยมีไข้ มีภาวะติดเชื้อ และภาวะช็อคสูงกว่ากลุ่มที่แท้งเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าปัญหาที่พบบ่อยของสตรีหลังแท้งมีภาวะเลือดออกและมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Warakamin et al., 2004) การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ได้จากการเก็บข้อมูลภาคตัดขวาง โดยการรายงานจำนวนสตรี ที่เข้ามารักษาภาวะแทรกซ้อนจากการแท้งเองและทำแท้งในโรงพยาบาลของรัฐ 787 แห่ง ตลอดปี 2542 ซึ่งพบว่าสตรีหลังแท้งมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้แก่ มีเลือดออกร้อยละ 11.8 มีการติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 12.4 อุ้งเชิงกรานอักเสบร้อยละ 12 และมดลูกทะลุร้อยละ 7.4 (Warakamin et al.) อีกทั้งมีการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าสตรีที่ทำแท้งมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงกว่าสตรีที่แท้งเอง (Srinil, 2011; Warkamin et al.) การที่มีเซ็กซ์หรือทารกค้างมักเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในกลุ่มสตรีที่ทำแท้งไม่ปลอดภัย รองลงมาคือการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน (Prohm, 2009; Srinil) และผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าเลือดออก อาการเจ็บปวด เป็นอาการที่พบบ่อยจากการทำแท้งไม่ปลอดภัย (Srinil)

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีการแท้งเองและมีผลกระทบต่อด้านจิตใจคือร้อยละ 57 และสตรีหลังแท้งเองร้อยละ 14.7 มีผลกระทบทั้งทางด้านจิตใจและเศรษฐกิจ แต่กลุ่มสตรีหลังทำแท้งผิดกฎหมายมีผลกระทบด้านจิตใจร้อยละ 37.1 และ ร้อยละ 15.4 มีผลกระทบทั้งจิตใจและด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 12.6 เกิดผลกระทบทั้งด้านสังคมและด้านจิตใจ จะเห็นได้ว่าผลกระทบต่อสตรีหลังแท้งที่เกิดขึ้นไม่เพียงกระทบต่อตัวสตรีหลังแท้ง แต่ยังกระทบต่อครอบครัว และระบบสาธารณสุข และมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติ (Singh, 2006) ผลกระทบที่พบได้บ่อยส่วนใหญ่คือผลกระทบทางด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของสตรีหลังทำแท้งมีความทุกข์ใจหรือมีภาวะซึมเศร้า (Soderberga et al., 1998) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังแท้งจะมีอาการเลือดออก ติดเชื้อ การบาดเจ็บของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ส่วนทางด้านจิตใจจะมีอาการ ซึมเศร้า รู้สึกผิด และมีความวิตกกังวล (Niimimaki et al., 2011) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยจากการทำแท้งผิดกฎหมายเป็นประเด็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับประเทศ

สำหรับการจัดการหลังแท้ง จากการศึกษาพบว่าสตรีหลังแท้งทั้งกลุ่มที่แท้งเองและทำแท้งไม่ปลอดภัยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการขูดมดลูก (ร้อยละ 67.6 และร้อยละ 63.6 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการรักษาส่วนใหญ่คือการขูดมดลูกเนื่องจากมีภาวะเนื้อรกค้าง (Prohm, 2009; Srinil, 2011) และพบว่าสตรีหลังทำแท้งผิดกฎหมายถูกรักษาด้วยยาปฏิชีวนะมากกว่าสตรีกลุ่มที่แท้งเอง ซึ่งอาจจะเนื่องจากสตรีที่ทำแท้งผิดกฎหมายถูกทำแท้งโดยอุปกรณ์หรือ



วิธีการที่ไม่สะอาดจากบุคคลที่ไม่มีทักษะ ดังนั้นจึงทำให้สตรีที่ทำงานมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าสตรีที่ตัวเอง

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การอภิปรายข้อมูลเชิงคุณภาพจะอภิปรายตามหัวข้อดังนี้ เหตุผลของการทำแท้งในเชิงลึก ประสพการณ์ของสตรีหลังแท้งไม่ปลอดภัย และกระบวนการตัดสินใจทำแท้ง

### เหตุผลของการทำแท้งในเชิงลึก

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้เหตุผลของการทำแท้งว่าไม่พร้อมจะมีบุตรเนื่องจากกำลังศึกษา และมีบางส่วนที่มีปัญหาครอบครัวคือสัมพันธ์ภาพกับสามีไม่ดี ทะเลาะกับสามีบ่อย และสามีติดยาเสพติด ครอบครัวไม่ยอมรับ ลูกคนเล็กยังช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีบุตรเพียงพอแล้ว และมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของปราณี (2551) ที่พบว่าเหตุผลที่ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจทำแท้งเพราะไม่ต้องการมีบุตร มีปัญหาในการเลี้ยงดูบุตร มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวไม่สามารถรับภาระได้ มีปัญหาสุขภาพ 2 ราย มีปัญหาด้านสังคมเนื่องจากจะมีบุตรนอกกฎหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ (2550) ที่ให้เหตุผลของการทำแท้งเดือนว่าเนื่องจากกำลังศึกษา และมีปัญหาเศรษฐกิจของตนเองและครอบครัว หรือกลัวถูกประณามจากสังคมภายนอกกลัวพ่อแม่จะเสียใจ ซึ่งจะเห็นว่าเหตุผลของการทำแท้งของการศึกษาที่ผ่านมาจะสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้

### ประสพการณ์ของสตรีหลังแท้งผิดกฎหมาย

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ตัดสินใจทำแท้งด้วยตนเองทันที เพราะไม่ต้องการให้ใครทราบ หลังทำแท้งแล้วมีความรู้สึก เป็น 4 ประเด็น รู้สึกว่าทำผิดศีลธรรมและจริยธรรม รู้สึกหายใจติดขัด รู้สึกเสียใจที่ตัดสินใจผิดพลาด มีความรู้สึกที่ทรมานจากอาการปวด

### รู้สึกว่าการทำผิดศีลธรรมและจริยธรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาและนักเรียน และนับถือศาสนาพุทธ ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงรู้สึกว่าการทำผิดศีลธรรมและจริยธรรม เนื่องจากการทำแท้งในสังคมไทยถือว่าเป็นเรื่องผิดศีลธรรม เป็นการฆ่าทารกในครรภ์ ซึ่งจากมุมมองของพุทธศาสนา ทารกในครรภ์มีความเป็นมนุษย์ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิ (นวลฉวี, 2537) และผนวกกับคำสอนของพระพุทธศาสนาที่เป็นศาสนาประจำชาติที่ถือว่าการทำแท้งเป็นบาป รวมทั้งทัศนคติของคนไทยที่ถือว่าการทำแท้งเป็นการกระทำที่โหดร้าย ทารุณ ขัดต่อความรู้สึกและหลักศีลธรรม หลักมนุษยธรรมอย่างร้ายแรง (กนกวรรณ, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี (2551) ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ทำแท้งเนื่องจากไม่พร้อมจะมีบุตรเนื่องจากยังอยู่ในวัยเรียน 7 ราย

### รู้สึกหายเครียด

ผู้ให้ข้อมูลบางรายรู้สึกหายเครียด เพราะสามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ ไม่ต้องกลัวว่าบุคคลอื่นจะทราบ เพราะการตั้งครรภ์ในสังคมไทยสตรีจะถูกตำหนิว่าชิงสุกก่อนห่ามและทำผิดจารีตประเพณี และกลัวครอบครัวจะอับอายเพื่อนบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี (2551) ที่พบว่าผู้ที่ทำแท้งซึ่งมีฐานะเป็นนักเรียนจะรู้สึกกลัวครอบครัวรู้สึกรีบลักลอบทำแท้ง และกลัวมีปัญหากับการเรียน กลัวโรงเรียนจะทราบและให้ออกจากโรงเรียน จึงตัดสินใจทำแท้ง

### รู้สึกเสียใจที่ตัดสินใจผิดพลาด

หลังทำแท้งแล้วผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเสียใจ บางคนรู้สึกว่าตัดสินใจผิดพลาดเพราะไม่ได้ปรึกษาใคร เพราะบางครอบครัวยอมรับการตั้งครรภ์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิตไทย (Sittthai, 2004) ที่พบว่าผู้ชายทั้งหมดร้อยละ 100 ต้องการให้คู่รักตั้งครรภ์ต่อ และหากคู่รักกำลังศึกษาอยู่ผู้ให้ข้อมูลเพียงร้อยละ 3.4 เท่านั้นที่เห็นด้วยว่าให้ทำแท้งเพราะมีผลกระทบต่อการเรียน และการศึกษาของปราณี (2551) ที่พบว่ามีบางครอบครัวรรรยาทำแท้งโดยไม่บอกสามี หากสามีทราบจะไม่ยอมให้ทำแท้งเพราะต้องการมีบุตร สามีเองก็รู้สึกเสียใจและน้อยใจ จากการศึกษาของกนกวรรณ (2550) พบว่า หลังทำแท้งสตรีกลุ่มนี้มีความรู้สึกบวก แต่หลังจากระยะเวลาผ่านไป จะรู้สึกไม่สบายใจ และไม่พอใจกับการตัดสินใจของตนเอง และจะรู้สึกว่าตนเองทำผิด เสียใจ รู้สึกบาป วิตกกังวลและละอายใจ และเป็นผลให้เกิดความเศร้าหมอง มีความหวาดกลัวว่าความลับจะถูกเปิดเผย

### รู้สึกทรมานจากอาการปวดท้อง

จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลรู้สึกทรมานจากอาการปวดท้องที่รุนแรง เนื่องจากการแท้งไม่ครบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ (2550) ที่พบว่าอาการทางกายของสตรีหลังทำแท้งเดือนคือมีเลือดออกและมีอาการปวดท้องเนื่องจากมดลูกทะลุ

### กระบวนการตัดสินใจทำแท้ง

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีขั้นตอนในการทำแท้งดังนี้ 1) วางแผนก่อนทำแท้ง 2) ขั้นตอนทำแท้ง 3) ผลกระทบจากการทำแท้ง และ 4) การวางแผนในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมซ้ำ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของกนกวรรณ (2550) ที่พบว่ากระบวนการทำแท้งของผู้ให้ข้อมูลเริ่มจาก 1) การประเมินผลของการทำแท้งและการประเมินตนเองเพื่อนำมาสู่การตัดสินใจทำแท้ง โดยสตรีมีการประเมินเพื่อหาสาเหตุและเงื่อนไขที่ทำให้ตนต้องทำแท้ง ซึ่งมีการประเมินด้านตรรกะเชิงบวกต่อการทำแท้ง โดยยอมรับว่าการทำแท้งเป็นบาปแต่การตั้งครรภ์ต่อจะถูกประณามและถูกตีมาจะลำบาก และคิดถึงอนาคตที่ดีกว่า และทำให้ครอบครัวเสียใจ และสร้างเหตุผลต่อรองต่อการทำแท้ง 2) กระบวนการเผชิญหน้ากับการทำแท้งเป็นขบวนการเผชิญหน้าก่อนตัดสินใจทำแท้ง สตรีจะมีการจินตนาการผลที่จะเกิดตามมาหลังทำแท้ง 3) การเผชิญหน้ากับความจริงภายหลังทำแท้ง ซึ่งต้องพบกับสภาวะการผันแปรเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และสังคม 4)

การปรับตัวของสตรีหลังทำแท้ง เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ได้ และจากการศึกษาของ กนกวรรณ (2548) พบว่าก่อนที่สตรีจะทำแท้งจะมีการแสวงหาข้อมูล บางคนถามจากเพื่อนสนิท หรือคนที่มีประสบการณ์ ถามจากร้านขายยา ถามจากบุคลากรสาธารณสุข หรือปรึกษาคนใน ครอบครัว หาข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากนั้นเลือกวิธีการทำแท้ง สตรีที่ต้องการทำแท้งจะลองใช้วิธี เกือบทุกวิธีที่ได้รับข้อมูลมาจนกว่าจะแท้ง และจากการศึกษาของยุวนาด (2552) ประสิทธิภาพการ ทำแท้งของสตรีมีหลากหลายวิธี เริ่มตั้งแต่รับรู้ว่าตั้งครรภ์ ก็พยายามที่จะยุติการตั้งครรภ์โดยวิธีการ ทำแท้ง และไปสิ้นสุดลงเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนซึ่งกระบวนการทำแท้งประกอบด้วย ขั้นที่หนึ่ง สงสัย ไม่แน่ใจ และทดสอบการตั้งครรภ์ ขั้นที่สอง ตัดสินใจทำแท้งและทำไมต้องทำแท้ง ขั้นที่สาม กระบวนการทำแท้งหลากหลายวิธี และขั้นที่สี่ สิ้นสุดการทำแท้ง: รู้สึกผิด บาป เช็ด กลัว อาย แค้น ดังจะเห็นได้ว่าการตัดสินใจทำแท้งของสตรีหลังแท้งส่วนใหญ่จะตัดสินใจด้วยตนเองหรือเพื่อน ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่มีความรู้ ทำให้เลือกวิธีการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย เกิดภาวะแทรกซ้อน และต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาล

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study) เป็นการศึกษาเชิงปริมาณและมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติมเชิงลึกเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจทำแท้ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สสำรวจข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ของหญิงหลังแท้ง 2) ประเมินชนิด จำนวนและข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการแท้ง 3) ประเมินเหตุผลของการทำแท้งไม่ปลอดภัย 4) ประเมินภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบ และการจัดการหลังแท้ง และ 5) ศึกษาประสบการณ์และกระบวนการตัดสินใจทำแท้ง

### สรุปผลการวิจัย

**ส่วนที่ 1** ผลการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เหตุผลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งผิดกฎหมาย ชนิด และจำนวนของการแท้ง และค่าใช้จ่ายในการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบ และการรักษาหลังแท้ง

ผลการศึกษาเชิงปริมาณในกลุ่มตัวอย่างสตรีหลังแท้งจำนวน 402 คน พบเป็นสตรีหลังแท้งเองจำนวน 259 คนและทำแท้ง 143 คน กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ทำแท้งส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 24 ปี ร้อยละ 66.40 และส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดหรืออาศัยอยู่กับคู่รัก ส่วนสตรีหลังแท้งเองร้อยละ 51.4 มีอายุช่วง 25-35 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ สตรีหลังแท้งเองและสตรีหลังทำแท้งไม่ปลอดภัยทั้งสองกลุ่มมีอายุครรภ์ขณะแท้งใกล้เคียงกันคือ [อายุครรภ์ 12.8 สัปดาห์ (SD = 5.8 สัปดาห์) และอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (SD = 5.1 สัปดาห์), ตามลำดับ] ส่วนใหญ่สตรีหลังทำไม่ปลอดภัยมีการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนร้อยละ 53.1 หลังตั้งครรภ์รู้สึกตกใจ/กังวล ร้อยละ 49.7 และนอนไม่หลับร้อยละ 40.6 และสตรีหลังทำแท้งไม่ปลอดภัยเกือบทั้งหมดต้องการยุติการตั้งครรภ์ร้อยละ 97.9 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่แท้งเองส่วนใหญ่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 56.4 หลังทราบว่าตั้งครรภ์รู้สึกดีใจร้อยละ 76.4 และสตรีหลังแท้งเองเกือบทั้งหมดต้องการตั้งครรภ์ต่อร้อยละ 97.7

สตรีหลังทำแท้งไม่ปลอดภัยให้เหตุผลของการทำแท้งเป็น 3 ประเด็นคือ มีปัญหาครอบครัว ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหาทางด้านสังคม ส่วนใหญ่ทำแท้งเองร้อยละ 80.4 มีเพียงร้อยละ 36.4 ที่ได้รับคำแนะนำจากเพื่อน และร้อยละ 14.7 ได้รับคำแนะนำจากสามีหรือคู่รัก สตรีหลังแท้งเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 40) ทำแท้งด้วยตนเองที่บ้านพัก หรือห้องพักของตนเอง ร้อยละ 58.7 มีเพียงร้อยละ 21.7 ที่ทำแท้งโดยหมอเถื่อน วิธีการทำแท้งที่ใช้มากที่สุดคือการเหน็บยาในช่องคลอด ร้อยละ 49 และรับประทานยาร้อยละ 44.1 การวินิจฉัยครั้งสุดท้ายส่วนใหญ่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นการทำแท้งผิดกฎหมายร้อยละ 55.2

สตรีหลังแท้งส่วนใหญ่เป็นการแท้งครั้งแรก (กลุ่มแท้งเองร้อยละ 75.3 และกลุ่มที่ทำแท้งผิดกฎหมายร้อยละ 78.3 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า สตรีหลังแท้งผิดกฎหมายส่วนใหญ่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1-12 วัน มีค่าเฉลี่ยวันนอนเท่ากับ 3.1 วัน (SD = 3.1 วัน) ส่วนสตรีหลังแท้งเองส่วนใหญ่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1-27 วัน มีค่าเฉลี่ยวันนอนเท่ากับ 2.9 วัน (SD = 2 วัน) ค่าใช้จ่ายสำหรับกลุ่มที่ทำแท้งผิดกฎหมายสูงกว่ากลุ่มแท้งเองเล็กน้อย

ผลการศึกษาพบว่าสตรีหลังทำแท้งส่วนใหญ่บอกว่ามีอาการปวดท้องมากถึงร้อยละ 44.8 มากกว่ากลุ่มสตรีที่แท้งเองซึ่งรายงานว่ามีอาการปวดเพียงร้อยละ 21.2 และกลุ่มที่ทำแท้งผิดกฎหมายพบว่ามีอาการไข้ มีการติดเชื้อ และมีภาวะซีดมากกว่ากลุ่มที่แท้งเอง สตรีหลังแท้งผิดกฎหมายบอกว่ามีผลกระทบทางด้านจิตสังคมร้อยละ 57.9 ในขณะที่กลุ่มสตรีหลังแท้งเองมีผลกระทบด้านจิตสังคมร้อยละ 37.1 สำหรับการรักษาหลังแท้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการคุมกำเนิด (กลุ่มแท้งเองร้อยละ 67.6 และกลุ่มทำแท้งผิดกฎหมายร้อยละ 63.6) กลุ่มสตรีที่ทำแท้งผิดกฎหมายได้รับยาปฏิชีวนะร้อยละ 65 ส่วนกลุ่มสตรีที่แท้งเองได้รับยาปฏิชีวนะเพียงร้อยละ 46.7 สตรีหลังแท้งทั้งสองกลุ่มได้รับเลือดเกือบร้อยละ 10

**ส่วนที่ 2** ผลการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับเหตุผลของการทำแท้งในเชิงลึก ประสบการณ์ของสตรีหลังทำแท้งผิดกฎหมาย และกระบวนการก่อนตัดสินใจทำ

ผู้ให้ข้อมูลมีทั้งหมด 20 คน ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาและนักเรียน และนับถือศาสนาพุทธ ให้เหตุผลของการทำแท้งว่าไม่พร้อมจะมีบุตรเนื่องจากกำลังศึกษา และมีบางส่วนที่มีปัญหาครอบครัวคือสัมพันธ์ภาพกับสามีไม่ดี ทะเลาะกับสามีบ่อย และสามีคิดยาเสพติด ครอบครัวไม่ยอมรับ ลูกคนเล็กยังช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีบุตรเพียงพอแล้ว และมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ตัดสินใจทำแท้งด้วยตนเองทันที เพราะไม่ต้องการให้ใครทราบ

ความรู้สึกหลังทำแท้งมี 4 ประเด็น คือ 1) รู้สึกทำผิดศีลธรรมและจริยธรรม 2) รู้สึกหายเครียด 3) รู้สึกเสียใจที่ตัดสินใจผิดพลาด และ 4) มีความรู้สึกว่าทรมานจากอาการปวด ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าทำผิดศีลธรรมและจริยธรรม เนื่องจากการทำแท้งในสังคมไทยถือว่าเป็นเรื่องผิดศีลธรรมเป็นการฆ่าทารกในครรภ์ บางรายรู้สึกหายเครียด เพราะสามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ ไม่ต้องกลัวว่าบุคคลอื่นจะทราบ บางคนรู้สึกว่าตัดสินใจผิดพลาดเพราะไม่ได้ปรึกษาใคร เพราะบางครอบครัวยอมรับการตั้งครรภ์ได้ รู้สึกทรมานจากอาการปวด เนื่องจากการแท้งไม่ครบ

กระบวนการตัดสินใจทำแท้งจากผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีขั้นตอนในการทำแท้งดังนี้  
1) วางแผนก่อนทำแท้ง 2) ขั้นตอนทำแท้ง 3) ผลกระทบจากการทำแท้ง และ 4) การวางแผนในการป้องกันการตั้งครรภ์

## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การทำแท้งผิดกฎหมายหรือการทำแท้งผิดกฎหมายเป็นสาเหตุการตายของมารดาที่สำคัญในประเทศไทยกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ของสตรีที่ทำแท้งเองหรือต่อครอบครัว แท้งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดจากหลายปัจจัยซึ่งเกี่ยวข้องกับหลายด้าน ได้แก่ สังคม กฎหมาย และศาสนา ในปัจจุบันการทำแท้งปัญหาทางนรีเวชที่พบได้ค่อนข้างบ่อย โดยส่วนใหญ่สตรีจะมีการแท้งอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต ในการศึกษาคั้งนี้มีพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการทำแท้งมากกว่า 1 ครั้ง และจากการศึกษาคั้งนี้พบว่าหลังแท้งส่วนใหญ่มีปัญหา ด้านสังคมและเศรษฐกิจมากกว่าปัญหาด้านครอบครัว ในประเทศไทยกฎหมายยังมีข้อจำกัดคือการทำแท้งยังไม่เปิดเสรี การทำแท้งที่ถูกกฎหมายต้องมีข้อบ่งชี้คือสตรีตั้งครรภ์ต้องมีปัญหาสุขภาพหรือเกิดการตั้งครรภ์จากการถูกข่มขืน หรือสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และไม่ต้องการบุตรต้องแอบทำแท้งเพื่อหลบเลี่ยงกฎหมายและการถูกตรวจหน้าจากบุคคลหรือสังคม ทำให้พวกเขาได้รับความทุกข์ทรมารทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีตราบาปติดตัวไปตลอดชีวิต ดังนั้นกฎหมายเกี่ยวกับการทำแท้งควรได้รับการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของสตรีในปัจจุบัน

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เห็นว่าสตรีหลังแท้งต้องประสบกับปัญหาด้านจิตใจ และปัญหาด้านเศรษฐกิจ เพื่อให้เจ้าหน้าที่เข้าใจที่ลึกซึ้งถึงปัญหาที่เกิดขึ้นที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งหรือการทำแท้งเอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำเป็นต้องเข้าใจถึงการดูแลอย่างองค์รวม ซึ่งต้องเข้าใจโครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจ ในบริบทที่กฎหมายมีข้อจำกัด การแก้ไขปัญหานี้ต้องเน้นการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมหรือไม่ต้องการ โดยการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนแก่คุณครู นักเรียน และผู้ที่เกี่ยวข้องคือผู้ปกครองที่บ้าน การฝึกทักษะชีวิตให้เด็กและเยาวชน การให้บริการวางแผนครอบครัวที่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรเน้นการป้องกันการท้องก่อนวัยอันควร โดยให้การป้องกันหลักๆ เป็น 4 ระดับ คือ 1) การป้องกันระดับต้น (primary prevention) คือการสอนเรื่องเพศศึกษา การส่งเสริมการใช้วิธีการคุมกำเนิด และการฝึกทักษะชีวิต ให้สตรีรู้จักปฏิเสธหรือต่อรอง 2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) เป็นการเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับคำปรึกษา เพื่อป้องกันการทำแท้ง และ 3) การป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) คือการดูแลหลังจากที่มีการแท้งเกิดขึ้น คือการให้การดูแลที่มีคุณภาพ และป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ซ้ำ การดูแลหลังแท้งควรเน้นการดูแลที่มีคุณภาพ และประยุกต์ใช้แนวคิดองค์รวมในการบริการผู้ใช้บริการ และควรจัดการดูแลในบรรยากาศที่เป็นมิตร สตรีที่ตั้งครรภ์และต้องการยุติการตั้งครรภ์ควรได้รับคำปรึกษาอย่างเป็นมิตรและเข้าใจปราศจากการตำหนิหรือซักจูง เสนอทางเลือกอื่น ๆ มากกว่าการทำแท้ง และให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์และสิทธิที่ควรได้ การป้องกันการทำแท้งผิดกฎหมายและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึง

ประสงค์ในกลุ่มเยาวชนควรเป็นประเด็นหลักที่เจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องให้ความสนใจด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเยาวชนเป็นกลุ่มเสี่ยง

ดังนั้นในการส่งเสริมสุขภาพของเยาวชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรทำความเข้าใจกับบริบทของวัยรุ่นอย่างลึกซึ้ง การที่จะเพิ่มการดูแลด้านอนามัยเจริญพันธุ์ให้มีคุณภาพในชุมชน เจ้าหน้าที่ต้องเพิ่มบริการวางแผนครอบครัวให้เข้าถึงได้ง่ายและสะดวก การให้บริการวางแผนครอบครัวควรมีบริการยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน นอกจากนี้การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่บิดามารดาเป็นสิ่งจำเป็น ต้องสอนบิดามารดาให้คุยเรื่องเพศกับบุตรตามพัฒนาการของบุตรแต่ละคน สอนให้บิดามารดาทราบถึงบทบาทของตนเองในการสอนเรื่องเพศโดยเริ่มสอนตั้งแต่บุตรยังเล็กๆ ให้รู้จักอวัยวะสืบพันธุ์ของตนเอง และวิธีการทำความสะอาด เมื่อโตขึ้นก็สอนการระวังเรื่องเพศหรือการถูกลวนลามทางเพศ การป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบเหตุผลในการทำแท้งระหว่างสตรีที่เป็นวัยรุ่นใหญ่และสตรีวัยรุ่นว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่
2. ควรมีการศึกษาความต้องการของสตรีหลังทำแท้ง ผิดกฎหมายว่ามีปัญหาด้านจิตใจเช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือมีความเครียดระดับใด และควรศึกษาถึงความรู้สึกรายาป และการเผชิญกับปัญหาหลังกลับไปอยู่ในสังคม
3. ควรมีการศึกษาทัศนคติของคู่สมรสหรือคู่รักต่อการตัดสินใจทำแท้ง ผิดกฎหมายของคู่รัก และวิธีการป้องกันปัญหาในอนาคต
4. ควรศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการวางแผนครอบครัวของสตรีทำแท้ง ผิดกฎหมาย

## เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ ธรารวรรณ. (2543). รายงานเบื้องต้น: การวิจัยเรื่องประสบการณ์ของสตรีที่ตั้งท้องเมื่อไม่พร้อม. สภาประชากร.
- กนกวรรณ ธรารวรรณ. (2548). ทางเลือกของผู้หญิงที่ตั้งท้องไม่พร้อม. (วิจัยวิจัย) กรุงเทพมหานคร: บริษัทพีเอ็นพี กรุ๊ป.
- กนกวรรณ ทองมาก. (2550). การทำแท้งและการจัดการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยทำแท้งในบริบทวัฒนธรรมไทย. คณะรัฐศาสตร์ (สาขาวิชามนุษยวิทยา). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กันขันธ์ เกษเจริญ. (2541). การศึกษาความเศร้าโศกและความต้องการการดูแลของสตรีที่สูญเสียบุตรจากการแท้งเอง. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร.
- กาญจนา แซ่ลิ้ม. (2546). ภาพลักษณ์และภาวะซึมเศร้าของสตรีตั้งครรภ์ที่ปรารถนาทำแท้งไม่พึงปรารถนาที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อหรือยุติการตั้งครรภ์. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กาญจนา กาญจนภรณ์ และเทพณรงค์ จารุพานิช. (2531). การศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมายในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์และโรงพยาบาลหาดใหญ่. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 6(1), 21-26.
- กาญจนา นุศรากุล และคณะ. (2546). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งในกลุ่มสตรีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารวิชาการการแพทย์ เขต 8*, 11(3), 163-172.
- กรมอนามัย. (2542).
- กฤตยา อาชวนิจกุล และนภาพร หะวานนท์. รายงานการสัมมนาทางวิชาการเรื่องทิศทางใหม่ของการบริการวางแผนครอบครัวและเพศศึกษา: ทางออกของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, วันที่ 3 ตุลาคม 2537.
- กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. *ประเมินผลงานอนามัยครอบครัว ในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7*. 2538.
- เกรียงศักดิ์ ธนวรวิบูล. (2550). ภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้ง. *เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การดูแลแบบองค์รวมในสตรีแท้งบุตร (Holistic care for abortion)*. หน้า 68-77. วันที่ 18-19 มกราคม 2550. ณ อาคารเรียนรวมและหอสมุดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา.
- ข้อบังคับแพทยสภา (2548). (<http://www.womenhealth.or.th/downloads/document-resource/document-3.pdf>).
- จตุพร ไชยสุวรรณ. (2548). ความเครียดและการเผชิญความเครียดหลังทำแท้งผิดกฎหมายของสตรีวัยรุ่น. *วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(4), 241-248.



- ชัยโรจน์ ชุมมมงคล, จรินทร์รัตน์ ชันการไถ, และอรนาถ พิทักษ์ธำรง. (2540). ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์, *วารสารการแพทย์กลุ่มเครือข่าย*, (5)1, 50-58.
- จิติพร อิงคदारวงศ์, สุรีย์พร กฤษเจริญ, กัญจน์ พลอินทร์, และ ฉวนนี จรุงศักดิ์. (2550). พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นสตรีในโรงเรียนอาชีวศึกษา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(6), 511-520.
- ณัฐยา บุญภักดีและศุติตา พึ่งสำราญ. (2545). รายงานเบื้องต้น: สภาพปัญหาและอัตราการทำแท้งในประเทศไทย. สภาประชากร.
- ชนพันธ์ ชูบุญ. (2549). การสิ้นสุดการตั้งครรภ์: Terminal of pregnancy. ใน *อุุ่นใจ กอนันตกุล*. (บรรณาธิการ). (2549). การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง: High risk pregnancy. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชิติกร แพทย์ชีพ, วิภา ชีวาเกียรติขยง, และ เจศญา ถิ่นคำรพ. (2546). ภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งในผู้ป่วยที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลขอนแก่น. *ขอนแก่นเวชสาร*, (27)1, 1-7.
- ธีระพงษ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ชนวัฒนาเจริญ, และ กระเชียร ปัญญาคำเลิศ, บรรณาธิการ (2551). *สูติศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพรณ ะหวานนท์. (2538). การตอบโต้ของผู้หญิงเมื่อตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์.
- นภาพรณ ะหวานนท์. (2539). การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการยุติการตั้งครรภ์: ประเด็นท้าทายนโยบายการให้บริการของรัฐ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 4(1), 45-54.
- นवलณี ศรีประไพ. (2537). *การทำแท้งในสังคมไทยกับมุมมองของพุทธศาสนา*. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาปรัชญา). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประกายแก้ว ประพฤติก้อย. (2540). การทำแท้ง: สิทธิในการควบคุมดูแลร่างกายตนเองของสตรี. *วารสารพยาบาล*, 41(3), 200-212.
- ปราณี โพธิ์สุพรรณ. (2551). กรณีศึกษา: การพยาบาลครอบครัวที่มีสมาชิกทำแท้งผิดกฎหมาย. [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, สำนักงาน, คณะอนุกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ. (2537). *นโยบายและแผนงานหลักสตรีระยะยาว (พ.ศ.2535-2554)*. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- พรรณวดี ตันเลิศ. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความเครียดในสตรีที่สูญเสียทารกในครรภ์. *วิทยานิพนธ์* มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร.

- มาลี เลิศมาลีวงศ์, วันดี เสวตมาลย์, อารีณา ภาณุโสภณ. (2526). ความรู้และทัศนคติของผู้ป่วย  
 นอกต่อการทำแท้งและการแก้ไขกฎหมายทำแท้ง. *วารสารรามาริบัติ*, 6(1), 11-21.
- ยุวณาด ทิฐิคำฉาย. (2552). ระบบชายเป็นใหญ่กับประสบการณ์ในการทำแท้งหลากหลายวิธีของวัยรุ่น  
 สตรี. *วิทยานิพนธ์ (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข) บัณฑิตวิทยาลัย  
 มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- เรณู ศรีสมิต. (2533). การศึกษาผู้ป่วยที่ทำแท้งผิดกฎหมายที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาล  
 เชียงรายประชาชนุเคราะห์. *ลำปางเวชสาร*, (11)2, 166-174.
- รณชัย คงสกนธ์. (2548). มุมมองของจิตแพทย์ต่อปัญหาการยุติการตั้งครรภ์และแนวทางการ  
 แก้ไข. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 50(1-2), 53-56.
- วรนิติ ธรรมนิยม. (2531). กระบวนการทำแท้งเถื่อน: กระบวนการทำแท้งเถื่อน ชูระกิจร้อยล้าน  
 ในโพรงมดลูก. *มติชนสุดสัปดาห์* (15, 22 และ 29 พฤษภาคม), 38-40.
- วารุณี ฟองแก้ว, พิมพารณ์ กลั่นกลิ่น, วงเดือน สุวรรณศิริ, สุชาดา ทวีสิทธิ์, มานพ คณะโต, กอบ  
 กุล พันธุ์เจริญวรกุล และคณะ. (2549). *การป้องกันและลดการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นและ  
 เยาวชนในสถานศึกษา: สถานการณ์ปัจจุบัน*. เชียงใหม่
- วิทยา สวัสดิคุณพิงส์ วรลักษณ์ ใจสะอาด พัทรี เงินตรา ฉวีวรรณ เขาวีรดิพงษ์ ปราณี่ มหาศักดิ์  
 พันธุ์ ยุติ ตาทิพย์ และประพันธ์ ตาทิพย์. (2544). ผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่สอดจังหวัดตาก  
 (สิงหาคม 2542-2543). *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 10(1), 76-82.
- ศุภมาส เศรษฐพงษ์กุล, และ ปาจารย์ ผลประเสริฐ. (2536). สาเหตุการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์  
 และกระบวนการตัดสินใจทำแท้ง: กรณีศึกษาในคลินิกเอกชน. *วารสารพัฒนบริหารศาสตร์*,  
 (33)2, 162-177.
- สุนารี เลิศท่านองธรรม. (2546). เหตุผลทางสังคม วัฒนธรรมในการตัดสินใจทำแท้งจากการ  
 ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่น. *วิทยานิพนธ์ (สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ).*  
*บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- สุวรรณ วรคามิน และนงลักษณ์ บุญไทย. *สรุปผลการสำรวจสถานการณ์การแท้ง ในประเทศ  
 ไทย ปี 2542. กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.*  
 2542. เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง "ปัญหายุติการตั้งครรภ์" 6 สิงหาคม 2544 ณ  
 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร. ISBN : 974-515-216-1. 2544.
- สุวรรณ วรคามิน และ นงลักษณ์ บุญไทย. (2545) *สถานการณ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม:  
 สถานการณ์การแท้งในประเทศไทย ปี 2542. คั่นวันที่ 2 เมษายน 2553 จาก*  
<http://advisor.anamai.moph.go.th/factsheet/POP7-5.HTM>

- สุภาชัย สาระจรัส. (2553). การตั้งครรภของเด็กสตรีวัยเยาว์: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. คุษฎีนิพนธ์ (สาขาการศึกษาและการพัฒนาสังคม). คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- สุชาดา รัชชกุล. (2541). การตั้งครรภไม่พึงปรารถนาและการตัดสินใจทำแท้ง. คุษฎีบัณฑิต สาขาพัฒนศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุวชัย อินทรประเสริฐ. (2543). อนามัยเจริญพันธุ์. ในสุวชัย อินทรประเสริฐ แสงชัย พงกทิพันธ์ และจิตติมา มโนมัย (บรรณาธิการ), *อนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย: สิ่งท้าทายและความคาดหวังในทศวรรษหน้า* (หน้า 3-27). กรุงเทพมหานคร: บริษัทสำนักพิมพ์ข้าวพอง จำกัด.
- สมจิตต์ ชีรทรัพย์. (2549). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของสตรีวัยรุ่นที่ทำแท้งผิดกฎหมาย. วิทยานิพนธ์ สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมโภชน์ เขียมสุภายิต. (2543). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (*Theories and techniques in behavior modification*). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมพร วัฒนกุลเกียรติ. (2542). การตั้งครรภไม่ตั้งใจ: บทบาทของใครที่ต้องทบทวน. *วารสารศูนย์บริการวิชาการ*, 7(4), 47-53.
- โสเพ็ญ ชูนวล. (2550). ภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้ง. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การดูแลแบบองค์รวมในสตรีแท้งบุตร (*Holistic care for abortion*). หน้า 78-96. วันที่ 18-19 มกราคม 2550. ณ อาคารเรียนรวมและหอสมุดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา.
- รายงานการสัมมนาทางวิชาการระดับชาติเรื่อง “ทางเลือกของผู้หญิงที่ตั้งท้องเมื่อไม่พร้อม ภาค 1” จัดโดยกองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันกฎหมายอาญา สำนักงานอัยการสูงสุด สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี ศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ และ สภาประชากร วันที่ 6 กรกฎาคม 2543 โรงแรมอมารีวอเตอร์เกด กรุงเทพมหานคร.
- Aahman, E., Shah, I. (2004). *Unsafe abortion: Global and regional estimates of unsafe abortion and associated mortality in 2000*. (4 th ed). Geneva, Switzerland: World health organization.
- Allen, D. R., Carey, J. W., Manopaiboon, C., Jenkins, R. A., Uthairavit, W., Kilmarx, P. H., et al. (2003). *Sexual health risks among young Thai women: Implications for HIV/STD prevention and contraception* [Internet]. 2003 Mar 1 [cited 2011 Apr 1]; 7(1): 9-21.

Available from:<http://www.springerlink.com/content/nr23427k386m2721/fulltext.pdf/DOI:10.1023/A:1022553121782>

- Athey, J., & Spielvogel, A. (2000). Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage. *Primary Care Update for Obstetrics/Gynecology*, 7(2), 64-69.
- Bankole, A., Singh, S., & Haas, T. (1998). Reasons why women have induced abortion: Evidence from 27 countries. *International Family Planning Perspective*, 24, 117-27.
- Barber, J. S., Axinn, W. G., & Thornton, A. (1999). Unwanted childbearing, health, and mother-child relationship. *Journal of Health and Social and Social Behavior*, 40, 231-257.
- Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S., & Ekeberg, Ö. (2005). Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: A Prospective, two-year follow-up study. *General Hospital Psychiatry*, 20, 36-43.
- Bureau of Policy and Strategy. (2005). *Thailand investing in health report*. [cited 2007 Dec 10]. Available from: [http://203.157.19.191/input\\_bps.html](http://203.157.19.191/input_bps.html) on April 28.
- Chamberlain, G., & Morgan, M. (2002). ABC of antenatal care (4 th ed). [www.bmjbook.com](http://www.bmjbook.com).
- Chayovan, N., Kamnuansilpa, P., & Knodel, J. (1988). *Thailand demographic and health survey 1987*. Bangkok: Institute of Population Studies.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Gillstrap III. L.C., Wenstrom, K.D. et al. (2001). *William obstetrics (22 nd eds.)* New York: McGraw-Hall.
- Davidson, M. R., London, M. L., & Ladewig, P. A. W. (2008). *Olds' maternal-newborn nursing & women's health across lifespan*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Dimoula, Y., Iordani, M., Konstantinou, M., Kamenidou, D., Zirilios, K., Galiatsatos, G., Tsamoudaki, S., & Kabisiouli, E. (2009). Attitude toward abortion. *Health Science Journal*, 3, Retrieved from: <http://www.hsj.gr>
- Faria, G., Barrett, E., & Goodman, I. M. (1985). Women and abortion attitude, social networks, decision-making. *Social Work and Health Care*, 11(1), 85-90.
- Finer, L. B., Frohworth, L.F., Dauphinee, L.A., & Singh, S., & Moore, A. M. (2005). Reason U.S. women have abortions: Quantitative and qualitative perspectives [Internet]. 2005 Sep [cited 2011 Apr 1]; 37:110-118. Available from: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3711005.pdf>

- Grossman, D., Blanchard, K., & Blumenthal, P. (2008). Complication after second trimester surgical and medical abortion. *Reproductive health matters*, 16(31 supplement):173-182. Retrieved from: [www.rhm-elsevier.com](http://www.rhm-elsevier.com).
- Guttmacher Institute. (2011). Facts on induced abortion worldwide [Internet]. 2011 Feb [cited 2011 Apr 1]. Available from: [http://www.guttmacher.org/pubs/fb\\_IAW.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.pdf)
- Guttmacher Institute. (2012). Facts on abortion in Asia [Internet]. 2012 Jan [cited 2012 Jan 20]. Available from: [http://www.guttmacher.org/pubs/IB\\_AWW-Asia.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Asia.pdf).
- Haddad, L. B., & Nour, N. M. (2009). Unsafe abortion: Unnecessary maternal mortality [Internet]. Retrieved on 2011 Apr 1. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2709326/pdf/RIOG002002\\_0122.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2709326/pdf/RIOG002002_0122.pdf).
- Institute for Population and Social Research: IPSR (2006). Thai health 2006 [Internet]. 2006 [cited 2011 Oct 1]. Available from: [http://www.hiso.or.th/hiso/HealthReport/report\\_2006-ENG.php?manu=1](http://www.hiso.or.th/hiso/HealthReport/report_2006-ENG.php?manu=1).
- Intaraprasert, S., & Boonthai, N. (2005). Challenge for unsafe abortion. *Journal of Medical Association Thai*, 88 Suppl. 2: S104-S107.
- Kanchanaputit, S., Thitadilok, W., & Singhakan, S. (2009). The prevalence of post-abortion grief and contributing factors. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 17, 219-229.
- Katz V. L., Lentz, G. M., Lobo, R. A., Gershenson, D. M. (2007). *Comprehensive gynecology* (5 th ed.). Philadelphia, Mosby Elsevier.
- Lawrence, B., Frohwirth, L. F., Lindsay, F., Dauphinee, A., Singh, S., & Moore, A. M. (2005) Reasons U.S. women have abortions: Quantitative and qualitative perspectives. *Perspective Sexual and Reproductive Health*, 37(3), 110-118.
- Lockwood S., & Lewis, I. C. (1980). Management of grieving after stillbirth. *Medical Journal of Australia*, 2, 308-311.
- Murray, S. S., & McKinney, E. S. (2010). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing* (5 th ed.). Canada: Saunders Elsevier.
- Niinimäki, M., Suhonen, S., Mentula, M., Hemminki, E., Heikinheimo, O. (2011). Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: population register based study. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3079960/pdf/bmj.d2111.pdf> date June 1, 2011. *BMJ* 2011;342:d2111 doi:10.1136/bmj.d2111

- Nzioka, C. (2004). Unwanted pregnancy and sexually transmission among young women in rural Kenya. *Culture, Health & Sexuality*, 6(1), 31-44.
- Oats, J., & Abraham, S. (2010). *Llewellyn-Jones fundamentals of obstetrics and gynaecology*. (9 th ed.). Edinburgh: Mosby Elsevier.
- Okonofua, F. (2006). Abortion and maternal mortality in the developing world. *Journal Obstetric Gynaecologic Cannada*, 28, 974-979.
- Olukoya A.A., Kaya, A., Ferguson, B. J. & AbouXahr, C. (2001). Unsafe abortion in adolescents. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 137-147.
- Pitkin, J., Peattie, A. B., & Magowan, B. A. (2003). *Obstetrics and Gynaecology: An illustrated colour text*. Edinburgh: Churhill Livingstone.
- Prohm, S. (2009). Abortion in Ramathibodi hospital [MSN thesis]. Bangkok: Mahidol University.
- Prommanart, N., Phatharayuttawat, S., Boriboonhirunsarn, D., & Sunsaneevithayakul, P. (2004). Maternal grief after abortion and related factors. *Journal of Association Thai*, 87(11), 1275-1280.
- Sangkarat, O. (1997). The knowledge of, attitude toward, and practice on sex behavior and birth control of secondary school students in Suphanburi province [MSN thesis]. Bangkok: Mahidol University.
- Schorge, J. O., Schaffer, J. I., Halvorson, L. M., Hoffman, B. L., Bradshaw, K. D., & Cunningham, F. G. (2008). *Williams gynecology*. New Yerk: Mc Graw Hill Medical.
- Sedgh, G., Hensaw, S., Singh, S., Ahman, E., & Shah, I. H. (2007). Induced abortion: Estimated rates and trends worldwide. *Lancet* 370, 1338-1345.
- Senbeto, E., Alene, G. D., Abesno, N., & Yenench, H. (2005). Prevalence and associated risk factors of induced abortion in northwest Ethiopia. *Ethiopia Journal Health Development*, 19(1), 37-44.
- Shah, I. H., & Ahman E. (2004). Age patterns of unsafe abortion in developing country regions. *Reproductive Health Matters*, 12(24), 9-17.
- Shivo, S., Bajos, N., ducot, B., & Kaminski, W. (2003). Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancy. *Journal Epidemiology Community Health*, 57, 601-605.
- Sitthai, P. (2004). Knowledge and attitude toward induced abortion among Thai men in Nakorn Ratchasima Province. [MSN Thesis]. Faculty of Graduate Studies. Mahidol University. Bangkok.

- Singh, S. (2006). Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *www.thelancet.com*, 368(25), 1887-1892.
- Singh, S., Wulf, D., Hussain, R., Bankole, A., & Sedgh, G. (2009). Abortion Worldwide: A decade of uneven progress [Internet]. 2009 [cited 2011 Apr 1]. Available from: <http://www.guttmacher.org/pubs/Abortion-Worldwide.pdf>.
- Söderberga, H., Janzon, L., & Sjöberg, N. O. (1998). Emotional distress following induced abortion: A study of its incidence and determinants among abortees in Malmö, Sweden. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 79(2), 173-178.
- Srinil S. (2009). Complications after the unsafe abortion. *Khon Kaen Medical Journal*, 3(2): 59-63.
- Srinil, S. (2011). Factors associated with severe complications in unsafe abortion. *Journal of Medical Association Thai*, 94, 408-414.
- Thai Medical Council. Regulation on criteria for performing therapeutic termination of pregnancy in accordance with Section 305 of the Criminal Code of Thailand B.E. 2548 [Internet] [cited 2011 April 1]. Available from: [http://reproductiverights.org/en/node/2721/map\\_popup#thai](http://reproductiverights.org/en/node/2721/map_popup#thai)
- Thapa, P. J., Thapa, S., & Shrestha, N. (1992). A hospital-based study of abortion in Nepal. *Study Family Planning*, 23, 311-18.
- The Alan Guttmacher Institute. (1999). *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*. New York: AGI.
- Treffers P. (2002). *Issues in adolescent health and development. Adolescent pregnancy*. WHO/FCH/CAH/02.08 & WHO/RHR/02.14. Geneva, WHO.
- Torres, A., & Forrest, J. D. Why do women have abortions? *Family Planning Perspectives*, 20(4), 169-176.
- United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. (2000). *Youth in Thailand: A review of the youth situation and national policies and programmes*. New York: United Nations.
- UNFPA. (2003). *State of world population 2003. Making 1 billion count: Investing in adolescents' health and rights*. New York, UNFPA. Retrieved from: <http://www.unfpa.org/swp/2003> accessed November 2011.

- Warakamin S., Boonthai N., & Tangcharoensathien V. (2004). Induced abortion in Thailand: current situation in public hospitals and legal perspectives. *Reproductive Health Matters*, 12(24), 147-156.
- World Health organization. (1995). *Complications of abortion: Technical and managerial guidelines for prevention and treatment*. Geneva: WHO.
- World Health organization. (2004). Health situation in South-East Asia. WHO: SouthEast Asia Region.
- World Health organization. (2007). *Unsafe abortion global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003* (5 th eds.). France: World Health Organization.
- World health Organization. (2008). Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6 th ed. [Internet]. [cited 2011 Jan 10]. Available from: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/9789241501118/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/).
- Yamane, T. (1967). *Statistics: an introductory analysis*. (2 nd ed.) New York: Harper and Row.