

รายงานการวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
ตามทัศนะของบุคลากรทางสุขภาพ

**Male Participation Regarding Termination of Unwanted Pregnancy
from the Perspective of Health Care Providers**

โดย

วรางคณา ชัชเวช

จิตรานันท์ สมพร

สุรีย์พร กฤษเจริญ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ได้รับทุนสนับสนุนโดย

เงินรายได้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กุมภาพันธ์ 2555

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้จากการถ่ายทอดประสบการณ์ มุมมองในการดูแลผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของบุคลากรทางสุขภาพที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย และได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สัญญาเลขที่ NUR520121S คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

กุมภาพันธ์ 2555

บทคัดย่อ

เมื่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นและสิ้นสุดด้วยการยุติการตั้งครรภ์ ผู้หญิงมักต้องรับผิดชอบต่อผลที่ตามมาจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย และผู้ชายมักไม่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้หญิง การเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงทัศนคติของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการพัฒนาการให้บริการผู้หญิงและผู้ชายที่เผชิญกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการยุติการตั้งครรภ์โดยคำนึงถึงความไวทางเพศภาวะ

การศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเข้าใจทัศนคติของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีจำนวน 13 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 10 คน แพทย์ 2 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้รับบริการที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา สร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ตามทัศนคติของบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย ‘ประสบการณ์ของบุคลากรทางสุขภาพ’ และ ‘มุมมองต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่แตกต่าง’ ประสบการณ์ของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ‘ร่วมดูแลกัน’ ‘ผู้หญิงดูแลตัวเอง’ และ ‘การดูแลของผู้ชาย’ การที่ผู้ชายต้องร่วมดูแลผู้หญิงเนื่องจาก ‘ทำด้วยกัน’ ‘ผู้ชายทำ’ หรือ ‘ผู้หญิงเจ็บ’ ผู้หญิงต้องดูแลตัวเองเนื่องจาก ‘สิทธิพิเศษของผู้ชาย’ หรือ ‘ความจำยอมของผู้หญิง’ การดูแลที่ผู้ชายสามารถดูแลผู้หญิงได้ ได้แก่ ดูแลด้านร่างกาย ดูแลด้านจิตใจ สังเกตอาการผิดปกติ และร่วมในการคุมกำเนิด โดยการมีมุมมองต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่แตกต่าง อันได้แก่ ความเข้าใจในเหตุผลของผู้หญิง หรือการมีอคติจากการไม่ฟังเสียงผู้หญิง ส่งผลต่อประสบการณ์ของบุคลากรทางสุขภาพ

ผลการศึกษาครั้งนี้ช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายที่มีอิทธิพลมาจากอคติทางเพศ การสนับสนุนให้ผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้หญิง โดยปราศจากอคติทางเพศ เป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงการให้บริการทางสุขภาพที่เน้นผู้หญิงเป็นศูนย์กลางของความรับผิดชอบในอนามัยเจริญพันธุ์ ไปสู่การให้บริการทางสุขภาพที่คำนึงถึงความเสมอภาคทางเพศระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย

Abstract

When unwanted pregnancy occurred and ends with termination, women usually take responsibility on the consequences due to such unsafe abortion and men usually do not have to participate in taking care of women. Authentic understanding about the perspective of health care providers about male participation regarding termination of unwanted pregnancy is crucial for development of gender sensitive service for both women and men who are confronted with unwanted pregnancy and abortion.

This qualitative study aims to understand the perspective of health care providers on male participation regarding termination of unwanted pregnancy. Thirteen participants consist of ten professional nurses, two physicians and one social worker with experience in taking care of women who were unwanted pregnancy termination. Individual interviews were conducted. Data analysis was carried out through content analysis. Member checking was conducted to establish the rigor of the study.

Male participation regarding termination of unwanted pregnancy from the perspective of health care providers was found to be 'health care providers' experience' and 'different aspects on termination of unwanted pregnancy'. Health care providers' experience about male participation in termination of unwanted pregnancy consists of 'taking care together', 'women taking care of themselves' and 'men's care'. The reasons why men have to take care of women are that 'mutual sex', 'men conduct', or 'women hurt'. Women must take care of themselves due to 'male privilege' or 'female surrender'. Men are able to take care of women in the aspects of taking care in physical, taking care in mental, observing for complications, and participating in birth control. Different aspects on termination of unwanted pregnancy, such understanding in women's reason or prejudice from not listening to women's voice, affect to health care providers' experience.

The findings of the study help to improve the understanding about male participation that is influenced by gender bias. Encouraging men to participate in taking care of women without gender bias will enhance reproductive health care to initiatively transform from a women-only framework to gender equity among women and men.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
บทที่ 1 บทนำ	1
หลักการและเหตุผล	1
วัตถุประสงค์	5
ขอบเขตการวิจัย	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
การยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	6
การมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	10
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ชายในการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	15
ระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	20
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	25
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	25
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	25
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล	26
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	26
ขั้นตอนและวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล	27
ขั้นตอนและวิธีการในการวิเคราะห์ข้อมูล	28
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล	29
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	29
การอภิปรายผล	44
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	51
สรุปผลการวิจัย	51
ข้อจำกัดในการวิจัย	52

สารบัญ

	หน้า
ข้อเสนอแนะ	52
บรรณานุกรม	55
ภาคผนวก	62
ภาคผนวก ก แนวคำถามที่ใช้ในการวิจัย	63
ภาคผนวก ข แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล	64
ภาคผนวก ค การพิจารณารับรองจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม	65
ภาคผนวก ง บันทึกการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	66
ภาคผนวก จ ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย	67

บทที่ 1

บทนำ

บทนี้เป็นกรนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับหลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ และขอบเขตการวิจัย

หลักการและเหตุผล

การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (unwanted pregnancy) เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ในทุกสังคม (Henshaw, 1998) ไม่ว่าจะการแพทย์และการวางแผนครอบครัวจะเจริญก้าวหน้าในการผลิตยาหรืออุปกรณ์ต่างๆ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์มากเพียงใดก็ตาม หรือแม้กระทั่งภาครัฐและเอกชนได้พยายามให้การบริการการวางแผนครอบครัวอย่างกว้างขวางแก่ประชาชน (กองอนามัยการเจริญพันธ์, 2546) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การตั้งครรภ์เป็นไปตามที่กำหนดหรือระยะเวลาที่วางแผนไว้ อันจะส่งผลให้ครรภ์ทุกครรภ์ที่เกิดขึ้นเป็นการตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์ (wanted pregnancy) อย่างไรก็ตามการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ยังปรากฏขึ้นอยู่เสมอ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่าการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของทั่วโลก (World Health Organization, 2004) โดยเฉลี่ยทั่วโลกพบว่า 75-80 ล้าน หรือหนึ่งในสามของการตั้งครรภ์ทั้งหมดเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Population Action International, 2001; World Health Organization, n.d.) โดย 20 เปอร์เซ็นต์ของการตั้งครรภ์ทั้งหมดสิ้นสุดโดยการยุติการตั้งครรภ์ และเกือบครึ่งของการยุติการตั้งครรภ์นั้นเป็นการกระทำภายใต้สภาพที่ไม่ปลอดภัย (unsafe abortion) (Population Action International, 2001) การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้หญิง โดยเฉพาะผู้หญิงในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งรวมถึงประเทศไทย (World Health Organization, 2004)

ผู้หญิงที่เผชิญกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์โดยมากมักจะตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์มากกว่าดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไป (Daulaire, Leidl, Mackin, Murphy, & Stark, 2002) จากการสำรวจการยุติการตั้งครรภ์ครั้งล่าสุดของประเทศไทย (Boonthai & Warakamin, 2001; Warakamina, Boonthai, & Tangcharoensathien, 2004) ในโรงพยาบาลของรัฐ 787 แห่ง จาก 76 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2542 พบว่าจากผู้หญิงทั้งหมด 45,990 รายที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยการแท้งบุตร พบร้อยละ 28.5 (19.54 ต่อ อัตราเด็กรอดชีวิต 1000 ราย) เป็นการทำแท้ง จากสถิติของหอผู้ป่วยนรีเวช 340 โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ในปี พ.ศ. 2553 (หอผู้ป่วยนรีเวช 340, 2553) พบว่า มีผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (unsafe

abortion) 159 ราย คิดเป็นร้อยละ 69 จากผู้รับบริการทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาด้วยการแท้งบุตร อย่างไรก็ตามการรายงานอัตราการยุติการตั้งครรภ์อาจต่ำกว่าที่เป็นจริง เนื่องจากผู้หญิงบางส่วนไปรับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนและคลินิก (สุชาติ รัชชกุล, 2541) รวมทั้งผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์แล้วมีอาการข้างเคียงเล็กน้อยมักจะไม่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

การตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์เป็นทางเลือกที่เจ็บปวดสำหรับผู้หญิง (กนกวรรณ ธรารวรรณ, 2545; สุชาติ รัชชกุล, 2541) ในหลายประเทศผู้หญิงต้องเผชิญกับการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะผู้หญิงที่มีรายได้น้อย (World Health Organization, n.d.) การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยสามารถพบได้บ่อยในประเทศที่การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย ซึ่งรวมถึงประเทศไทย ดังนั้นผู้หญิงกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการผิดกฎหมายและความเสี่ยงต่อสุขภาพ (Whittaker, 2002a) ประเมินการณ์ได้ว่าอาการแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้หญิงเสียชีวิตจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยมีถึงร้อยละ 13 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของผู้หญิงตั้งครรภ์ (World Health Organization, 2004) อาการแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย คือ การตกเลือด และการติดเชื้อ ซึ่งสามารถนำไปสู่ภาวะช็อค (World Health Organization, 1998) ผลในระยะยาวทางกายจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย เช่น การปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกราน การตั้งครรภ์นอกมดลูก การมีบุตรยาก เป็นต้น ส่วนผลกระทบทางจิตใจแม้ว่าผู้หญิงบางคนจะมีความสุข และโล่งใจจากการที่ได้ยุติการตั้งครรภ์นั้น (กนกวรรณ ธรารวรรณ, 2545; สุชาติ รัชชกุล, 2541; Frye, 1993; Broen, Moum, Bodtger, & Ekeberg, 2004) แต่ผู้หญิงส่วนใหญ่มีประสบการณ์ของภาวะสูญเสีย เสรี และรู้สึกผิดร่วมด้วย (Holmegren as cited in Alex & Hammarstrom, 2004) การยุติการตั้งครรภ์นอกจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้หญิงแล้ว ผู้หญิงยังต้องเผชิญกับการถูกตราหน้าจากสังคมว่าเป็นผู้หญิงที่ประพฤติผิดศีลธรรม ไม่เป็นผู้หญิงที่ดี เป็นต้น (กนกวรรณ ธรารวรรณ, 2545; สุชาติ รัชชกุล, 2541; Whittaker, 2002c) トラบาปเหล่านี้เกิดขึ้นจากการถ่ายทอดและกระบวนการจัดเกลาทางสังคม (socialization process) ที่ปลูกฝังความเชื่อว่าผู้หญิงมีสัญชาตญาณต้องการเป็นแม่และต้องการเลี้ยงดูบุตร (Feminist Perspectives on the Self, 2004; Jackson & Mannix, 2004) บรรทัดฐานความเป็นแม่นี้เปรียบเสมือนข้อผูกมัดที่เรียกร้องให้ผู้หญิงต้องมีหน้าที่ในการตั้งครรภ์และเลี้ยงดูบุตรให้เจริญเติบโตจนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ถ้าผู้หญิงประพฤติตัวนอกเหนือจากที่มาตรฐานทางสังคมได้กำหนดไว้ก็จะถูกระบุว่าเป็นผู้เบี่ยงเบน กล่าวโดยสรุปได้ว่าผู้หญิงมักจะได้รับผลกระทบจากการตัดสินใจเลือกยุติการตั้งครรภ์นั้น และส่วนใหญ่ผู้หญิงมักต้องเป็นฝ่ายรับผิดชอบต่อสิ่งเหล่านั้นแต่เพียงผู้เดียวจากบรรทัดฐานที่สังคมกำหนดไว้ หากผู้ชายมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์นั้นจะสามารถช่วยลดสถานการณ์ที่ผู้หญิงต้องเผชิญกับผลกระทบจากการยุติการตั้งครรภ์นั้นได้

กรณีที่มีการยุติการตั้งครรภ์นั้นหลีกเลี่ยงไม่ได้ ภาวะเจ็บปวดทางร่างกายและจิตใจเรียกร็องให้ผู้หญิงต้องการการดูแล ประคับประคองจากบุคคลสำคัญ จากการศึกษาหน้าร่อง (Chatchawet & Sriphichyakan, 2005) เกี่ยวกับความรับผิดชอบของผู้ชายต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการยุติการตั้งครรภ์ ความทัศนคติของสตรีไทย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้หญิงในจังหวัดสงขลา 11 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้หญิงทุกคนต้องการให้คู่รักหรือสามีเป็นบุคคลหลักในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการตั้งครรภ์นั้น ประเด็นที่ผู้หญิงต้องการการร่วมรับผิดชอบจากผู้ชาย คือ การร่วมแก้ไขปัญหาการไม่ทอดทิ้ง การเอาใจใส่และดูแล การร่วมทุกข์ การสำนึกผิดและรู้สึกบาป การรับผิดชอบค่าใช้จ่าย การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ซ้ำ และ การร่วมรับฟังและให้ข้อมูลในการรับบริการปรึกษาจากบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งผู้ชายสามารถมีส่วนร่วมในตลอดกระบวนการของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการยุติการตั้งครรภ์ ได้แก่ ก่อนการยุติการตั้งครรภ์ ระหว่างการยุติการตั้งครรภ์ และหลังการยุติการตั้งครรภ์ โดยผู้ชายสามารถเป็นผู้ให้การสนับสนุน ประคับประคองผู้หญิงให้สามารถผ่านกระบวนการของการยุติการตั้งครรภ์ไปได้ กล่าวคือช่วงก่อนการยุติการตั้งครรภ์ ผู้ชายสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ว่าทั้งคู่ต้องการที่จะให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปหรือยุติ รวมทั้งให้กำลังใจไม่ทอดทิ้งผู้หญิง (Coleman & Nelson, 1999; Chatchawet & Sriphichyakan, 2005) ระหว่างการยุติการตั้งครรภ์ ผู้ชายสามารถช่วยเหลือผู้หญิงในการแบ่งเบาภาระงานบ้านต่างๆ (Chatchawet & Sriphichyakan, 2005) และในขณะนี้ผู้ชายสามารถมีส่วนร่วมในการประคับประคองด้านจิตใจ และ/หรือสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายแก่ผู้หญิง (สุชาดา รัชชกุล, 2541; Beenhakker, Becker, Hires, Di Targiana, Blumenthal, & Huggins, 2004; Chatchawet & Sriphichyakan, 2005) ช่วงหลังการยุติการตั้งครรภ์ ผู้ชายสามารถช่วยดูแลผู้หญิงในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เช็ดตัว ป้อนข้าว เป็นต้น รวมทั้งประคับประคองด้านจิตใจ (Chatchawet & Sriphichyakan, 2005)

การมีส่วนร่วมของผู้ชายเมื่อมีการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์สามารถสร้างความสัมพันธ์เชิงเสมอภาคระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย โดยธรรมเนียมปฏิบัติสังคมยอมรับให้ผู้ชายสามารถแสวงหาความสุขทางเพศได้โดยอิสระ แต่ไม่คาดหวังให้ผู้ชายต้องรับผิดชอบต่อแสวงหาความสุขนั้น (สุชาดา รัชชกุล, 2541; Taywaditap, Coleman, & Dumronggittigule, n.d.) ในความเป็นจริงแล้วการมีเพศสัมพันธ์เกิดจากการมีส่วนร่วมของทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ดังนั้นทั้งผู้หญิงและผู้ชายควรร่วมกันรับผิดชอบต่อผลที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์นั้นด้วย การมีส่วนร่วมของผู้ชายในการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์นี้จะนำมาซึ่งประโยชน์ทั้งแก่ผู้หญิง ผู้ชาย และสังคม กล่าวคือการดูแลทางร่างกาย หรือประคับประคองด้านจิตใจจากคู่รักหรือสามี มีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ (Tawab, 1997) รวมทั้งผู้ชายยังได้ดำรงไว้ซึ่ง

สิทธิของตนเองที่จะมีส่วนร่วมในการรับฟังการให้การศึกษา ก่อนและหลังการยุติการตั้งครรภ์ เมื่อผู้ชายมีส่วนร่วมในกระบวนการเหล่านี้ ผู้ชายจะสามารถได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา หรือตัดสินใจเกี่ยวกับตั้งครรภ์นั้น (The Alan Guttmacher Institute as cited in Armstrong, 2003; Coleman & Nelson, 1999) นอกจากนี้แล้วสังคมสามารถได้รับประโยชน์จากการที่ผู้ชายมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ด้วย กล่าวคือการลดจำนวนลงของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการยุติการตั้งครรภ์ ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาอาการแทรกซ้อนจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย (Thaneapanichsakul, 2000)

การประชุมนานาชาติว่าด้วยประชากรกับการพัฒนา (International Conference on Population and Development) ณ กรุงไคโร ประเทศอียิปต์ ในปี พ.ศ. 2537 (UNFPA, 1994) และการประชุมสตรีโลกครั้งที่ 4 (The Fourth World Conference of Women) ณ กรุงปักกิ่ง ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ในปี พ.ศ. 2538 (The United Nations, 1995) ต่างระบุถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมรับผิดชอบของผู้ชายในอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งรวมถึงการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และร่วมรับผิดชอบต่อผลที่ตามมาจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ด้วย การมีส่วนร่วมรับผิดชอบของผู้ชายสามารถส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศ (gender equity) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาสุขภาพของสตรี (Women and Health, n.d.) ความเสมอภาคระหว่างหญิงชายเป็นการแสดงถึงการตระหนักถึงสิทธิมนุษยชนและความยุติธรรมของสังคม นอกจากนี้ความเสมอภาคระหว่างหญิงชายยังนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนของการให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา (people-centered sustainable development) (The United Nations, 1995)

รัฐบาลไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตามข้อเสนอแนะของการประชุมนานาชาติว่าด้วย ประชากรกับการพัฒนา ด้วยเช่นกัน โดยประกาศ “นโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์” เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2540 ซึ่งระบุว่า “คนไทยทุกคนทั้งชายและหญิงทุกกลุ่มอายุจะต้องมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี...ทั้งนี้จะต้องรวมถึงการมีสิทธิที่จะได้รับรู้และตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะการเจริญพันธุ์ของตนเองอย่างเท่าเทียมกันทั้งชายและหญิง ตลอดจนสามารถเข้าถึงบริการในด้านนี้อย่างทั่วถึง” (มูลนิธิสร้างเสริมสุขภาพสตรี, 2547) อย่างไรก็ตาม นโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์หรือ การดูแลโดยมีความไวในเพศภาวะ (gender sensitive health care) ยังไม่ได้มีการปฏิบัติเป็นรูปธรรม ผู้หญิงที่มารับการบริการที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ยังคงได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมจากบุคลากรทางสุขภาพ บุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่มักนำทัศนคติอคติ และมุมมองของตนเองที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์มาใช้กับผู้หญิงกลุ่มนี้ และไม่นำผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้หญิงกลุ่มนี้ แม้ว่าผู้ชายจะมาโรงพยาบาลพร้อมผู้หญิง เนื่องจากมีมุมมองว่าผู้หญิงเป็นบุคคลที่สมควรต้องรับผิดชอบจากผลของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการ

ยุติการตั้งครรภ์ (ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานำร่อง ที่ผู้หญิงรายงานว่า คู่รักหรือสามีของตนไม่ได้เข้าร่วมรับฟังในการให้การศึกษาเรื่องการคุมกำเนิดหรือการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในครั้งต่อไปจากบุคลากรทางสุขภาพ เนื่องจากบุคลากรทางสุขภาพไม่นำผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการนั้น และบุคลากรทางสุขภาพมักไม่กระตุ้นหรือส่งเสริมให้ชายคนรักมาดูแลผู้หญิง (Chatchawet & Sriphichyakan, 2005)

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยมองเห็นปัญหาและความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จึงได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งทำให้ผู้ให้ข้อมูลถ่ายทอดความเชื่อ ความคิดเห็น ประสบการณ์ของตนได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะในประเด็นการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลผู้ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดในการดูแลผู้รับบริการกลุ่มนี้จึงควรมีความเข้าใจและตระหนักถึงการดูแลที่ครอบคลุมประเด็นความเป็นธรรมแก่ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย (gender sensitive care) และบุคลากรทางสุขภาพควรมีบทบาทในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ชายในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อคุณภาพชีวิตด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในบุคลากรทางสุขภาพ อันได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์จะได้แสดงความรู้สึกรู้สึก และแสดงความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ โดยเฉพาะในประเด็นของการมีส่วนร่วมของผู้ชายเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นการทำให้เข้าใจถึงทัศนคติที่แท้จริงของบุคลากรทางสุขภาพว่ามีความรู้สึก หรือแนวคิดอย่างไรต่อการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการนำมาพัฒนาการให้บริการในการดูแลผู้รับบริการกลุ่มนี้ โดยการตระหนักถึงการมีส่วนร่วมของผู้ชาย ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการได้รับการบริการทางสุขภาพที่เป็นธรรมแก่ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เข้าใจทัศนคติของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาทัศนคติของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ในปีพ.ศ. 2553-2554

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาทัศนคติของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ คณะผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังนี้ ก) การยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ข) การมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ค) ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และ ง) ระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

การยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

โดยเฉลี่ยทั่วโลกพบว่า 75-80 ล้าน หรือหนึ่งในสามของการตั้งครรภ์ทั้งหมดเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Population Action International, 2001; World Health Organization, n.d.) โดย 20 เปอร์เซ็นต์ ของการตั้งครรภ์ทั้งหมดสิ้นสุดโดยการยุติการตั้งครรภ์ และเกือบครึ่งของการยุติการตั้งครรภ์นั้นเป็นการกระทำภายใต้สภาพที่ไม่ปลอดภัย (unsafe abortion) (Population Action International, 2001)

ผู้หญิงที่เผชิญกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์โดยมากมักจะตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์มากกว่าดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไป (Daulaire, Leidl, Mackin, Murphy, & Stark, 2002) จากการสำรวจการยุติการตั้งครรภ์ครั้งล่าสุดของประเทศไทย (Boonthai & Warakamin, 2001; Warakamina, Boonthai, & Tangcharoensathien, 2004) ในโรงพยาบาลของรัฐ 787 แห่ง จาก 76 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2542 พบว่า จากผู้หญิงทั้งหมด 45,990 รายที่รับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยการแท้งบุตร พบร้อยละ 28.5 (19.54 ต่อ อัตราเด็กรอดชีวิต 1000 ราย) เป็นการทำแท้ง จากสถิติของหอผู้ป่วยนรีเวช 340 โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ในปี พ.ศ. 2553 (หอผู้ป่วยนรีเวช 340, 2553) พบว่า มีผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย 159 ราย คิดเป็นร้อยละ 69 จากผู้รับบริการทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาด้วยการแท้งบุตร อย่างไรก็ตามการรายงานอัตราการยุติการตั้งครรภ์อาจต่ำกว่าที่เป็นจริง เนื่องจากผู้หญิงบางส่วนไปรับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนและคลินิก (สุชาติ ราชกุล, 2541) รวมทั้งผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์แล้วมีอาการข้างเคียงเล็กน้อยมักจะ ไม่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

เหตุผลที่การตั้งครรภ์นั้นไม่พึงประสงค์และต้องยุติการตั้งครรภ์

การตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการตั้งครรภ์นั้นไม่เป็นที่พึงประสงค์ จากการทบทวนวรรณกรรมสาเหตุส่วนใหญ่ที่มีผลต่อการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การตั้งครรภ์ที่เป็นผลมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และความไม่พร้อมที่จะเป็นแม่

การตั้งครรภ์ที่เป็นผลมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

ผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์แต่ไม่ต้องการตั้งครรภ์สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้โดยการใช้วิธีการคุมกำเนิด อย่างไรก็ตามผู้หญิงส่วนหนึ่งไม่สามารถใช้วิธีการคุมกำเนิดในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ เนื่องจากความผิดพลาดจากการใช้วิธีการคุมกำเนิด และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่คาดคิด

ความผิดพลาดจากการใช้วิธีการคุมกำเนิด แม้อัตราการใช้วิธีการคุมกำเนิดของผู้หญิงไทยอยู่ในเกณฑ์ที่สูง การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในประเทศไทยยังคงเกิดขึ้น (Warakamina, Boonthai, & Tangcharoensathien, 2004) จากการศึกษาในผู้หญิง 80 คน ที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ พบว่า ผู้หญิงยังคงตั้งครรภ์แม้จะใช้วิธีการคุมกำเนิด เนื่องจากใช้ผิดวิธี หรือใช้ไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ผู้หญิงที่ยังไม่แต่งงานไม่สามารถเข้าถึงบริการและความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ส่วนใหญ่จึงเลือกใช้วิธีที่ไม่ต้องพึ่งสถานบริการ เช่น การนับวัน และการหลั่งนอก เป็นต้น ซึ่งเป็นวิธีที่มีความผิดพลาดได้สูง (กนกวรรณ ธรารวรรณ, 2545) คล้ายคลึงกับการศึกษาของ วรคามิน บุญไทย และ ทังเจริญเสถียร (Warakamina, Boonthai, & Tangcharoensathien, 2004) ที่พบว่า ร้อยละ 52.1 (n=1,854) ของผู้หญิงที่มีประสบการณ์การยุติการตั้งครรภ์ ไม่เคยใช้วิธีการคุมกำเนิด ร้อยละ 36.3 ใช้วิธีการคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ และมีเพียงร้อยละ 11.7 ที่ใช้วิธีการคุมกำเนิดสม่ำเสมอ ซึ่งเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงไม่ใช้วิธีการคุมกำเนิด คือ 1) ไม่คิดว่าจะตั้งครรภ์ ร้อยละ 61.6 2) ไม่คิดว่าจะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 17.7 และ 3) ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กับคู่อุปถัมภ์ ร้อยละ 17.2 ส่วนเหตุผลที่ทำให้เกิดความล้มเหลวในการใช้วิธีคุมกำเนิด ได้แก่ ทนต่ออาการข้างเคียงของวิธีการคุมกำเนิดไม่ได้ ร้อยละ 12.1 มีความรู้ไม่เพียงพอในการใช้วิธีการคุมกำเนิด ร้อยละ 11.8 กลัวการใช้วิธีการคุมกำเนิด ร้อยละ 7.7 และ รู้สึกอายในการขอใช้บริการการคุมกำเนิด ร้อยละ 7.5

การใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของผู้หญิงในการป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นวิธีที่องค์การอนามัยโลกแนะนำและยืนยันถึงความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ (World Health Organization, 2000) อย่างไรก็ตามผู้หญิงไทยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงการบริการและข้อมูลเกี่ยวกับยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน จากที่ผู้ให้บริการตามร้านขายยา

ส่วนใหญ่ไม่ใช่เพศชาย ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้หญิงได้ ส่งผลให้ผู้หญิงใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินผิดวิธี นอกจากนี้ผู้หญิงส่วนใหญ่มักจะอายที่จะไปซื้อยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน (Naravage & Yongpanichkul, n.d.)

การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่คาดคิด ในสังคมไทยส่วนใหญ่ผู้หญิงมีอำนาจในการควบคุมและตัดสินใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าผู้ชาย การศึกษาเชิงคุณภาพในนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ผู้ชาย 9 คน และผู้หญิง 6 คน พบว่า นักศึกษาชายเป็นคนกำหนดการมีความสัมพันธ์ทางเพศว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไหร่ สถานที่ใด หรือเกิดขึ้นอย่างไร การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักศึกษาชายมักจะมีการคาดการณ์ล่วงหน้า ต่างจากนักศึกษาหญิงซึ่งมักมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกโดยไม่คาดคิดมาก่อน (จักรกฤษณ์ พิญาพวงษ์, 2544) ผู้หญิงบางรายมีประสบการณ์การถูกข่มขืนจากคนรักจากการนัดเจอกัน (date rape) (กนกวรรณ ธราวรณ, 2545; Warakamina, Boonthai, & Tangcharoensathien, 2004) ดังนั้นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ยังคงมีอยู่ในสังคมไทย

มาตรฐานของสังคมรวมถึงบทบาทเพศ (gender roles) กำหนดให้ผู้หญิงเป็นฝ่ายถูกกระทำในเรื่องพฤติกรรมทางเพศ (Reproductive Health Outlook, n.d.a) กล่าวคือ ผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่มีอำนาจในการต่อรองให้คู่รักใช้ถุงยางอนามัย หรือไม่มีเพศสัมพันธ์ในขณะที่ไม่ได้ใช้วิธีคุมกำเนิด รวมทั้งไม่สามารถปฏิเสธเพศสัมพันธ์ที่ไม่ต้องการ (จิตรา ไชยชนะ วิรพัฒน์ เชาวรรณ สว่าง ประทีปเกาะ และนิรชร ชูติพัฒนะ, 2544) นอกจากนี้สังคมไม่ยอมรับให้ผู้หญิงเป็นฝ่ายเตรียมถุงยางอนามัยให้ผู้ชายใช้ ผู้หญิงที่มีพฤติกรรมเช่นนั้นสังคมมักตีตราว่าเป็นผู้หญิงที่ซ้ำของในเรื่องเพศ หรือพร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์ตลอดเวลา (Malhotra, et al., 2005) จักรกฤษณ์ พิญาพวงษ์ (2544) พบว่า นักศึกษาหญิงมีความลำบากใจในการใช้วิธีการคุมกำเนิดหรือบอกให้คู่รักเตรียมถุงยางอนามัยเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากกลัวการถูกตำหนิ การกำหนดหรือหลอหลอมของสังคมส่งผลให้ผู้หญิงยังคงต้องเผชิญกับความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ความไม่พร้อมที่จะเป็นแม่

สังคมชายเป็นใหญ่ (patriarchal societies) กำหนดให้แม่มีหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตร และบุตรที่เกิดมาต้องมีทั้งพ่อและแม่ถึงจะถือว่าเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์ตามที่สังคมคาดหวัง รวมถึงผู้ที่จะเป็นแม่นั้นต้องผ่านการแต่งงานอย่างถูกต้องตามที่สังคมกำหนดด้วย (Feminist Perspectives on the Self, 2004; Jackson & Mannix, 2004) ดังนั้นผู้ที่ เป็นแม่ต้องมีความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงการเงินที่จะสามารถดูแลบุตรได้ เมื่อผู้ที่จะเป็นแม่ไม่ได้มีลักษณะดังที่สังคมคาดหวัง กล่าวคือ ไม่ได้แต่งงาน ไม่มีผู้ชายที่มาทำหน้าที่พ่อของลูก หรือมีเงินไม่เพียงพอในการเลี้ยงดูบุตร สถานการณ์เช่นนี้มักบีบบังคับให้ผู้หญิงกำหนดการตั้งครรภ์นั้นเป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และ

มักเลือกการยุติการตั้งครรภ์เป็นการให้ตัวเองสามารถกลับมาอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ (สุชาดา รัชชกุล, 2541)

ไม่ได้แต่งงาน

สังคมไทยกำหนดมาตรฐานในการควบคุมพฤติกรรมผู้หญิง โดยคาดหวังว่าผู้หญิงที่ดีต้องแต่งงานก่อนมีเพศสัมพันธ์หรือตั้งครรภ์ (Yoddumnerni-Attig, 1992) การมีเพศสัมพันธ์หรือตั้งครรภ์ก่อนแต่งงานถือเป็นข้อห้ามของสังคม ผู้หญิงที่ไม่ได้แต่งงานแต่ตั้งครรภ์มักรู้สึกไม่สบายใจกับการตั้งครรภ์นั้น เนื่องจากการตั้งครรภ์จะเปิดเผยพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนจากที่สังคมกำหนด (สุชาดา รัชชกุล, 2541) ผู้หญิงที่อยู่ในวัยเรียนที่ตั้งครรภ์อยู่ในสถานการณืที่ยากลำบากเช่นกันที่จะถูกตำหนิจากสังคมและมักถูกให้ออกจากสถานศึกษา (กนกวรรณ ธรวารรณ, 2545; จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์, 2544; สุชาดา รัชชกุล, 2541) แม้ในปัจจุบันจะมีความพยายามที่จะออกกฎหมายคุ้มครองอนามัยเจริญพันธุ์ ที่กำหนดให้สถานศึกษา หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ให้การคุ้มครองหญิงตั้งครรภ์ โดยสถานศึกษาต้องให้หญิงตั้งครรภ์ศึกษาต่อไปได้ หน่วยงานรัฐและเอกชนต้องให้ความช่วยเหลือหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมและประสบปัญหาการเลี้ยงดูบุตร แต่ยังมีกรณีเกิดขึ้นในประเด็นนี้กันอยู่ ดังนั้นผู้หญิงส่วนใหญ่ที่อยู่ในสถานการณืเช่นนี้มักเลือกการยุติการตั้งครรภ์เป็นทางออกเพื่อไม่ให้พฤติกรรมของตัวเองที่เบี่ยงเบนจากสังคมปรากฏออกมา (สุชาดา รัชชกุล, 2541) ซึ่งผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงทางเลือกอื่นที่นอกเหนือการยุติการตั้งครรภ์ (กนกวรรณ ธรวารรณ, 2545)

การตั้งครรภ์ที่ปราศจากพ่อของลูก

จากความคาดหวังของสังคมที่ว่า ลูกจะต้องมีพ่อ เมื่อใดก็ตามที่การตั้งครรภ์นั้นปราศจากการปรากฏตัวของพ่อของลูก ผู้หญิงอาจถูกสังคมกล่าวโทษโดยการตีฉินินทา (Chatchawet, 2009) ผู้หญิงจึงมักวิตกกังวล และกลัวการถูกตีฉินินทา ดังนั้นเพื่อไม่ให้สังคมทราบถึงการตั้งครรภ์ ผู้หญิงส่วนใหญ่จึงมักเลือกการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่มีพึงประสงค์นั้นเป็นทางออกในการแก้ปัญหา (กนกวรรณ ธรวารรณ, 2545; Chatchawet, 2009; สุชาดา รัชชกุล, 2541)

ความขัดสนทางการเงิน

ในการเลี้ยงดูบุตรสิ่งสนับสนุนหลักที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ เงิน ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จึงมักต้องวางแผนทางการเงินว่าเพียงพอต่อการเลี้ยงดูบุตรหรือไม่ ซึ่งนับตั้งแต่ตั้งครรภ์ตลอด จนกระทั่งลูกโตสามารถที่จะเลี้ยงดูตัวเองได้ (Alexander, LaRosa, & Bader, 2001; Havanon, 1995; Warakamina, Boonthaia, & Tangcharoensathien, 2004) การตั้งครรภ์จึงเป็นปัญหาของผู้หญิงและครอบครัว โดยเฉพาะกลุ่มที่มีรายได้น้อย ที่ทำให้ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น (กนกวรรณ ธรวารรณ, 2545; สุชาดา รัชชกุล, 2541; Chatchawet, 2009; Taywaditap, Coleman, & Dumronggittigule, n.d.) ปัญหาเหล่านี้จึงเป็นสาเหตุหลักอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์

การมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

การมีส่วนร่วมของผู้ชายเป็นประเด็นที่สำคัญที่การประชุมนานาชาติหลายการประชุมให้ความสำคัญ โดยเฉพาะการประชุมเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งการประชุมว่าด้วยประชากรกับการพัฒนา (International Conference on Population and Development หรือ ICPD'94) ได้ระบุเนื้อหาไว้ในแผนปฏิบัติการ (Program of Action หรือ ICPD PoA) ว่าควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ชายในอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ซึ่งรวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ชายมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการมีความสัมพันธ์ทางเพศ (UNFPA, 1994) การมีส่วนร่วมของผู้ชายเป็นการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และส่งเสริมความผาสุกในอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงและผู้ชาย การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการยุติการตั้งครรภ์ เป็นประเด็นหนึ่งในอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ผู้ชายไม่เพียงเฉพาะจะแสวงหาความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์ แต่ต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อผลของการกระทำนั้นด้วย

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

การมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์สามารถสร้างความเสมอภาคระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย ในเมื่อการมีเพศสัมพันธ์เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นร่วมกันของผู้หญิงและผู้ชาย ดังนั้นทั้งผู้หญิงและผู้ชายต้องมีความรับผิดชอบร่วมกันต่อผลของการกระทำนั้น การมีส่วนร่วมของผู้ชายในการตั้งครรภ์หรือการยุติการตั้งครรภ์มีประโยชน์ทั้งต่อผู้หญิง ผู้ชาย คู่รักหรือสามี ภรรยา และสังคม

ประโยชน์ต่อผู้หญิง

ผู้ชายสามารถสนับสนุนหรือขัดขวางการมีสุขภาพที่ดีของผู้หญิง กล่าวคือผู้ชายสามารถทำให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพสำหรับผู้หญิงถ้าผู้ชายปฏิเสธที่จะรับผิดชอบต่อผู้หญิงเมื่อผู้หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นการบังคับให้ผู้หญิงต้องเข้าสู่กระบวนการยุติการตั้งครรภ์ โดยมักเป็นการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย และเมื่อผู้หญิงต้องยุติการตั้งครรภ์ การที่ผู้ชายไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจและดูแลระหว่างหรือภายหลังการยุติการตั้งครรภ์ส่งผลต่อให้สุขภาพใจและกายของผู้หญิงเช่นกัน (Sundstrom & Nordemark, 2001) อย่างไรก็ตาม มีผู้ชายส่วนหนึ่งที่ตระหนักถึงความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้หญิง

ในปี 1995 การประชุมสตรีโลก ณ กรุงปักกิ่ง ได้มีการระบุถึงการมีความรับผิดชอบร่วมกันหรือการมีส่วนร่วมระหว่างชายหญิงในประเด็นของอนามัยการเจริญพันธุ์และพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งมีความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพสตรี (The United Nations, 1995) การมีส่วนร่วมของผู้ชาย

ในการสนับสนุนก่อน ขณะ และหลังการยุติการตั้งครรภ์เป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงและลดการเสียชีวิตของผู้หญิง การศึกษาในประเทศอียิปต์เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์นั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้หญิงและการคุมกำเนิดในอนาคต การสนับสนุนทางอารมณ์โดยสามีมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้หญิง (Tawab, 1997) และช่วยลดความรุนแรงจากอาการแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ผู้หญิงสามารถมีความสุขทางเพศร่วมกับผู้ชายได้มากขึ้น หากคู่รักมีส่วนร่วมรับผิดชอบในผลที่ตามมาจากพฤติกรรมทางเพศ (Cohen & Burger, 2000)

กระบวนการให้ความรู้และสนับสนุนผู้ชายให้มีส่วนร่วมในอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงเป็นการส่งเสริมให้ผู้ชายมีความไวต่อความต้องการของผู้หญิง ดังนั้นจึงเป็นการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการยกระดับสภาพภาพของผู้หญิง (EngenderHealth, 2001; UNFPA, 1994) นอกจากนี้ผู้ชายที่มีส่วนร่วมในอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงจะเพิ่มความตระหนักในการยอมรับและสนับสนุนความต้องการ ทางเลือก และสิทธิของผู้หญิง สิ่งเหล่านี้เป็นการเพิ่มความตระหนักถึงสิทธิและเสริมพลังอำนาจของผู้หญิง

ประโยชน์ต่อผู้ชาย

นอกจากประโยชน์ต่อผู้หญิงแล้ว ผู้ชายยังได้รับผลดีจากการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ในประเด็นของสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ซึ่งรวมถึงการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ กล่าวคือ ไม่เฉพาะผู้ชายได้มีโอกาสในการแสดงบทบาทสำคัญในฐานะพ่อและคนรักแล้ว แต่ผู้ชายยังได้รับโอกาสในการเข้าถึงสิทธิของตนเองอีกด้วย (The Alan Guttmacher Institute as cited in Armstrong, 2003) โดยการที่ผู้ชายมีโอกาสเข้าร่วมในการให้การปรึกษาก่อนและหลังการยุติการตั้งครรภ์ เป็นการส่งเสริมสิทธิของผู้ชายในการมีโอกาสได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (Armstrong, 2003; Coleman & Nelson, 1999)

ประโยชน์ต่อสามีภรรยา

นอกจากประโยชน์ต่อผู้หญิงและผู้ชายแล้ว การมีส่วนร่วมของผู้ชายในการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการยุติการตั้งครรภ์ยังมีประโยชน์ต่อคู่สามีภรรยาด้วย ซึ่งได้แก่ความสามารถที่จะต่อรองความปลอดภัยของการมีเพศสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศ รวมถึงการกำหนดระยะเวลาการมีบุตรหรือจำนวนบุตร (Cohen & Burger, 2000) การ

แบ่งปันความทุกข์ ความสุขของกันและกันสามารถส่งเสริมความผูกพันและความใกล้ชิดของสามี ภรรยามากขึ้น (Cohen & Burger, 2000)

ประโยชน์ต่อสังคม

การมีส่วนร่วมของผู้ชายในการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่การรับฟังการให้การศึกษาเกี่ยวกับทางเลือกของการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งทางเลือกมีมากกว่าการยุติการตั้งครรภ์ สามารถลดอัตราของครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งนำไปสู่การลดต้นทุนการดูแลรักษาผู้รับบริการที่ยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (Thaneepanichsakul, 2000) ต้นทุนสำหรับการรักษาผู้ที่ยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยนั้นประมาณ 21,024 บาท (Warakamin, Boonthai, & Tangcharoensathien, 2004) ผู้ชายสามารถตระหนักถึงผลกระทบของการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนาได้หากมีโอกาสในการเข้าร่วมการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิดที่ประสบความสำเร็จต้องอาศัยความคิดเห็นร่วมกันในการเลือกวิธีที่เหมาะสมของคู่อภิเษกชาย (Bianchi-Demicheli, Eliane, Bianchi, Dumont, Ludicke & Campana, 2003) มีงานวิจัยหลายชิ้นที่แสดงถึงการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพส่วนหนึ่งมาจากการมีส่วนร่วมของผู้ชาย (Becker, 1996; Terefe & Larson, 1993; Soliman, 1999; Piotrow, Kincaid, & Hindin, 1992) การศึกษาในประเทศจีน (Wang, Vittinghoff, Hua, Yun, & Rong, 1998) ที่ทำการทดลองแบบสุ่ม (randomized trial) (n=1,800) เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการให้การศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว 3 รูปแบบ ต่ออัตราการยุติการตั้งครรภ์ ได้แก่ กลุ่ม ก ผู้หญิงที่ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวโดยไม่มีสามีเข้าร่วม กลุ่ม ข ผู้หญิงที่ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวร่วมกับสามี และ กลุ่ม ค ผู้หญิงที่ไม่ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มที่ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวร่วมกับสามี มีอัตราการยุติการตั้งครรภ์ในระยะเวลา 2 ปี.ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวโดยไม่มีสามีเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

องค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

จากลักษณะทางกายภาพผู้ชายไม่ต้องรับภาระในการตั้งครรภ์ หรือต้องยุติการตั้งครรภ์ แต่ผู้ชายสามารถเป็นคนที่ตระหนักหรือกระตุ้นหรือรื้อนในการดูแลผู้หญิงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น การแสดงความรับผิดชอบในการเป็นสามีและพ่อของลูกในครรภ์ของผู้ชาย อาจส่งผลให้การยุติการตั้งครรภ์ไม่ต้องเกิดขึ้น (Ford & Kittisuksathit, 1994) อย่างไรก็ตามหากผู้ชายไม่สามารถยอมรับผู้หญิงเป็นภรรยา

และเป็นพ่อผู้ให้กำเนิด ได้อย่างเปิดเผย ผู้หญิงส่วนใหญ่ต้องการการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการเงินเพื่อการเลี้ยงดูบุตร (สุชาดา รัชชกุล, 2541; กนกวรรณ ธรารวรรณ, 2545) แต่ถ้าทั้งผู้ชายและผู้หญิงตัดสินใจที่จะยุติการตั้งครรภ์ ผู้ชายควรมีส่วนร่วมกับผู้หญิงด้วยเช่นกัน ในการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้หญิง 11 คนที่มีประสบการณ์การยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (Chatchawet & Sripichyakan, 2005) ผู้หญิงรายงานว่าต้องการให้ผู้ชายมีส่วนร่วมหรือแบ่งปันความรับผิดชอบในทุกๆ ของการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และการยุติการตั้งครรภ์ อันได้แก่ ก่อนการยุติการตั้งครรภ์ ระหว่างการยุติการตั้งครรภ์ และหลังการยุติการตั้งครรภ์

ก่อนการยุติการตั้งครรภ์

ระยะก่อนการยุติการตั้งครรภ์คือ ระยะเวลาที่ผู้หญิงตัดสินใจว่าการตั้งครรภ์นั้นเป็นครรภ์ที่ต้องการหรือไม่ ผู้หญิงต้องการให้คนรักหรือสามีมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าการตั้งครรภ์ควรจะดำเนินต่อไปหรือควรวุติ (Chatchawet & Sripichyakan, 2005) อย่างไรก็ตาม กนกวรรณ ธรารวรรณ (2545) พบว่าแม้ผู้หญิงจะต้องการให้ผู้ชายมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ แต่ในขั้นสุดท้ายของการตัดสินใจผู้หญิงต้องการเป็นคนตัดสินใจด้วยตนเอง นอกจากนี้ ผู้หญิงยังต้องการให้ผู้ชายสนับสนุนทางด้านอารมณ์(emotional support) โดยการให้กำลังใจและไม่ทอดทิ้ง (Chatchawet & Sripichyakan, 2005) ไม่เพียงแต่ผู้หญิงที่ต้องการให้ผู้ชายมีส่วนร่วมในระยะก่อนการยุติการตั้งครรภ์ ผู้ชายส่วนใหญ่ต้องการเกี่ยวข้องหรือมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เช่นกัน (Holmberg & Wahlberg, 2000; Johansson et. al., 1998; Rasch & Lyaruu, 2005) โครีแมนและเนลสัน (Coleman & Nelson, 1999) ระบุว่านักศึกษาอเมริกันทั้งชายและหญิงต้องการให้ผู้ชายมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเมื่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น และให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์แก่ผู้หญิง

ในกรณีตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ ผู้หญิงรายงานว่าผู้ชายควรมีส่วนร่วมในการหาวิธีการยุติการตั้งครรภ์หรือแหล่งบริการการยุติการตั้งครรภ์ และผู้ชายควรเดินทางไปยังสถานที่ให้บริการการยุติการตั้งครรภ์ (ส่วนใหญ่เป็นสถานบริการที่ปฏิบัติงาน โดยผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญ) กับผู้หญิงด้วย (Chatchawet & Sripichyakan, 2005)

ขณะยุติการตั้งครรภ์

ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้หญิงตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์และใช้วิธีการต่างๆ เพื่อให้เกิดการยุติการตั้งครรภ์ จากการศึกษาของซัชเวซ และศรีพิชญาการ (Chatchawet & Sripichyakan, 2005) พบว่าผู้หญิงต้องการให้ผู้ชายมีบทบาทในการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และการเงินตลอดกระบวนการยุติ

การตั้งครรภ์ หากผู้หญิงทำการยุติการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง เช่น การซื้อยามาสอดใส่ในช่องคลอด หรือ การกินยาขับเลือด ผู้หญิงต้องการให้คนรักช่วยเหลือในเรื่องกิจวัตรประจำวัน เช่น การประกอบไปห้องน้ำ การรับประทานอาหารหรือทำอาหาร เป็นต้น เมื่อผู้หญิงเลือกที่จะยุติการตั้งครรภ์ที่สถานบริการการยุติการตั้งครรภ์ (ส่วนใหญ่เป็นสถานบริการที่ปฏิบัติงานโดยผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญ) ผู้หญิงต้องการให้คนรักให้กำลังใจ ปลอดภัย ไปเป็นเพื่อน หรือ ไม่ทอดทิ้งให้ผู้หญิงอยู่ตามลำพัง เพื่อลดความเครียดและความกลัวจากการที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ (สุชาดา รัชชกุล, 2541; Beenhakker et al., 2004; Chatchawet & Sripichyakan, 2005)

หลังยุติการตั้งครรภ์

ระยะนี้หมายถึงระยะเวลาหลังจากการยุติการตั้งครรภ์ ผู้หญิงต้องการให้คนรักหรือสามีอยู่ด้วยเพื่อสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Chatchawet & Sripichyakan, 2005) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากผู้ชายผู้ซึ่งเป็นคนรักหรือสามีเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้หญิง (Tawab, 1997) การช่วยเหลือดูแลในด้านร่างกายเป็นอีกการดูแลที่ผู้หญิงต้องการให้ฝ่ายชายมีส่วนร่วมเช่นกัน เช่น การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันหรืองานบ้าน นอกจากนี้ผู้หญิงยังต้องการให้ผู้ชายรู้สึกผิดที่เป็นส่วนหนึ่งในการทำให้เกิดความจำเป็นในการยุติการตั้งครรภ์ หรือรู้สึกว่าการยุติการตั้งครรภ์เป็นบาป ผู้หญิงยังต้องการให้ผู้ชายมีส่วนร่วมในการทำบุญหรือไถ่บาป ที่มีส่วนในการทำให้เกิดการยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากการกระทำเหล่านี้สามารถลดความรู้สึกผิดบาปในการทำลายชีวิตทารกของผู้หญิงได้ (Chatchawet & Sripichyakan, 2005; สุชาดา รัชชกุล, 2541)

อีกประเด็นที่สำคัญในการมีส่วนร่วมของผู้ชายในระยะหลังการยุติการตั้งครรภ์ คือการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในอนาคต (Chatchawet & Sripichyakan, 2005) กนกวรรณ ธรรมวรรณ (2545) พบว่าผู้หญิงต้องการให้ผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตโดยการใช้วิธีการคุมกำเนิดแทนผู้หญิง เนื่องจากผู้หญิงบางคนมีผลข้างเคียงจากการใช้วิธีการคุมกำเนิดสำหรับผู้หญิง เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะจากการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด หรือ การมีประจำเดือนกระปริดกระปรอยจากการใช้ยาฉีดคุมกำเนิด เป็นต้น เช่นเดียวกับการศึกษาในซีเนกัล (Senegal) ร้อยละ 65 ของผู้หญิงหลังการยุติการตั้งครรภ์ต้องการให้คนรักหรือสามีเข้าร่วมในการเข้ารับการศึกษาเรื่องการวางแผนครอบครัว (Population Council, 2000) การที่ผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการวางแผนครอบครัวหลังการยุติการตั้งครรภ์สามารถลดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และลดอัตราการยุติการตั้งครรภ์ได้มากกว่าการที่ผู้หญิงต้องรับผิดชอบหรือรับภาระเพียงคนเดียว (Population Council, 2000)

เอ็นเจนเดอร์ เฮลท์ (EngenderHealth, 2001) ได้เสนอวิธีการมีส่วนร่วมของผู้ชายในการวางแผนครอบครัวหรือการคุมกำเนิดหลังการยุติการตั้งครรภ์ โดยผู้ชายสามารถสนับสนุนด้านการเงินแก่ผู้หญิง ไปคลินิกวางแผนครอบครัวกับผู้หญิงเพื่อเข้าร่วมการให้การศึกษาเกี่ยวกับการเลือกวิธีการคุมกำเนิด และเมื่อเลือกวิธีการคุมกำเนิดสำหรับผู้หญิง ผู้ชายสามารถมีส่วนร่วมได้โดยการเตือนและสนับสนุนผู้หญิงในการใช้วิธีการคุมกำเนิด นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้หญิงลืมใช้วิธีการคุมกำเนิด เช่น ลืมกินยาเม็ดคุมกำเนิด หรือมีอาการข้างเคียงจากการใช้วิธีคุมกำเนิด ผู้ชายสามารถช่วยผู้หญิงโดยใช้ถุงยางอนามัยแทน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ชายในการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่ทำให้ผู้ชายไม่มีส่วนร่วมในการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านระบบสุขภาพ

ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม

ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ชายในการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ศาสนา และบรรทัดฐานทางเพศ

ศาสนา

ประมาณร้อยละ 95 ของประชากรไทยนับถือศาสนาพุทธด้วยอัตราส่วนเกือบเท่ากันระหว่างชายและหญิง (Thomson & Bhongsvej, 1995) การยุติการตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่ซับซ้อนซึ่งผูกติดอยู่กับความเชื่อทางศาสนา การเข้าใจมุมมองของการยุติการตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งสามารถทำได้โดยการเข้าใจแนวคิดของศาสนา

ศาสนาพุทธนิกายเถรวาทเป็นศาสนาที่มีอิทธิพลสำหรับสังคมไทย เป้าหมายสูงสุดของศาสนาพุทธคือการเข้าถึงนิพพานซึ่งเป็นการพ้นทุกข์และหลุดพ้นจากการเวียนว่ายตายเกิด นิพพานบรรลุได้ยากและเป็นผลมาจากกรรมในอดีตของบุคคล (อดีตรวมถึงชาติก่อนด้วย) กรรมกำหนดฐานะทางสังคมขณะเกิดแต่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยการทำบุญ เนื่องจากบุคคลสามารถทำความดีได้โดยวิธีการต่างๆ เช่น การทำความดี การทำบุญกับพระสงฆ์ หรือการบวชพระ

การกระทำเพื่อให้ได้บุญสำหรับผู้หญิงและผู้ชายมีความแตกต่างกัน ตามมุมมองของศาสนาพุทธนิกายเถรวาทการเกิดเป็นผู้หญิงเพราะการทำบาปหรือการทำบุญที่ไม่มากพอ (Khin Thitsa as cited in Taywaditap, Coleman & Dumronggittigule, n.d.) วิธีการของผู้ชายในการได้บุญคือการบวชเป็นพระ ผู้หญิงมักถูกมองว่ามีบุญน้อยกว่าผู้ชายเนื่องจากผู้หญิงไม่สามารถบวชเป็น

พระได้ ดังนั้นวิธีการที่จะทำให้ผู้หญิงได้บุญคือการให้ลูกชายบวชพระ และได้ดักบาตรพระลูกชาย แม้ผู้หญิงสามารถบวชชีได้แต่แม่ซึ่งอยู่ในระดับรองจากพระ (Boonsue, n.d.) ความแตกต่างของวิธีการที่ผู้ชายและผู้หญิงจะสามารถได้บุญนั้นเป็นการสะท้อนถึง การที่ผู้หญิงจะต้องพึ่งพาการมีลูก โดยเฉพาะลูกชายเพื่อที่จะให้ได้บุญ

ตามหลักศาสนาพุทธบุคคลที่ทำลายชีวิตสัตว์หรือมนุษย์จะได้รับผลกรรมจากการทำชั่วนี้ที่เรียกว่า “กฎแห่งกรรม” การยุติการตั้งครรภ์โดยเฉพาะการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ถือว่าเป็นการกระทำที่ทำลายชีวิตเช่นกันซึ่งเป็นบาปที่ร้ายแรง ดังนั้นผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ต้องได้รับผลกรรมจากการทำลายชีวิตตามกฎแห่งกรรมนั้น กรรมที่ผู้หญิงได้รับอาจเป็นการถูกตำหนิ การลงโทษตามกฎหมาย หรือผลต่อสุขภาพที่เกิดจากการการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ในทางตรงข้ามผู้ชายผู้ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำให้เกิดการตั้งครรภ์และการยุติการตั้งครรภ์ไม่จำเป็นต้องรับผิดชอบหรือรับกฎแห่งกรรมจากการที่เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการยุติการตั้งครรภ์ เพียงเพราะผู้ชายผู้ชายมีร่างกายที่ไม่ต้องเป็นบุคคลที่ตั้งครรภ์จึงทำให้ไม่ได้เป็นบุคคลที่ต้องฆ่าหรือทำลายชีวิตของเด็กโดยตรง

บรรทัดฐานทางเพศ (Gender norms)

ประเทศไทยมีลักษณะของสังคมชายเป็นใหญ่ ที่ผู้ชายมักมีอิทธิพลเหนือผู้หญิงโดยเฉพาะในเรื่องเพศ ผู้หญิงและผู้ชายจึงถูกสังคมกำหนดหรือคาดหวังในบทบาทเพศ ที่แตกต่างกัน (Taywaditap et al., n.d.)

ผู้หญิงไทยในอุดมคติถูกสังคมกำหนดให้รับบทบาทของความเป็นแม่ การเตรียมพร้อมที่จะเป็นแม่เกิดขึ้นอย่างไม่เป็นทางการตั้งแต่แรกเกิด เนื่องจากเด็กผู้หญิงหรือหญิงสาวที่ยังไม่ได้แต่งงานมักจะถูกเรียกว่าแม่ไม่ว่าผู้หญิงจะมีลูกหรือไม่ก็ตาม แต่สังคมกำหนดเงื่อนไขให้รับบทบาทแม่และยอมรับลักษณะแบบเพศหญิง เช่น ไม่เห็นแก่ตัว เอาใจใส่ผู้อื่น หรือเสียสละ เป็นต้น บทบาทของผู้หญิงในศาสนายังมีลักษณะตามภาพลักษณ์ของแม่ผู้เลี้ยงดู ซึ่งผู้หญิงต้องทำนุบำรุงศาสนาโดยการให้ลูกชายบวชเป็นพระ และดักบาตร (Keyes, 1984) นอกจากนี้บทบาทของแม่ผู้เลี้ยงดูถูกสังคมกำหนดและควบคุมความประพฤติทางเพศ ในประวัติศาสตร์วัฒนธรรมไทย “กุลสตรี” คือผู้ที่มีความชำนาญเรื่องการบ้านการเรือน อ่อนช้อย เป็นมิตร และถ่อมตัว รวมถึงมีความคิดแบบอนุรักษนิยมในเรื่องเพศ เด็กหญิงถูกสอนว่าผู้หญิงที่ดีจะต้องรักษาพรหมจรรย์จนกระทั่งแต่งงาน หรือ “รักนวลสงวนตัว” ถ้าผู้หญิงมีลักษณะหรือพฤติกรรมที่อยู่นอกกฎเกณฑ์สังคมกำหนดจะถูกระบุว่าเป็นผู้หญิงไม่ดี

สำหรับผู้ชายไทย สังคมกำหนดภาพลักษณ์ผู้ชายในอุดมคติใน 2 ลักษณะ คือ ลักษณะผู้ชายในทางธรรม และทางโลก ตามหลักศาสนาพุทธผู้ชายไทยจะต้องมีช่วงเวลาของการเข้าสู่ทางธรรมหรือการบวชพระเป็นพระสงฆ์ (Van Esterik as cited in Taywaditap et al., n.d.) โดยวินัยสงฆ์และการปฏิบัติธรรม พระไม่เพียงแต่หลีกเลี่ยงการยึดติดทางโลก แต่ยังรวมถึงเรื่องทางเพศที่ต้องละเว้นในทางตรงข้ามภาพลักษณ์ผู้ชายในทางโลกถูกนำเสนอในลักษณะของ “ชายชาตรี” ซึ่งเป็นลักษณะที่บ่งบอกความเป็นชาย เช่น ความมีอำนาจ ความกล้าหาญ ความมั่นใจในตนเอง ความเข้มแข็งทางร่างกายและจิตใจ และควรมีพลังทางเพศ จากลักษณะของความเป็นชายชาตรีที่ต้องมีทั้งความแข็งแรง และควรมีพลังทางเพศ สะท้อนให้เห็นภาพลักษณ์ของชายชาตรีที่มีพฤติกรรมในภาพลักษณ์ที่อยู่ตรงกลางระหว่างคนเจ้าชู้และนักเลง ดังคำศัพท์ที่มักใช้กับผู้ชาย เช่น เสือผู้หญิง (Thorbeck as cited in Taywaditap et al., n.d.)

วัฒนธรรมไทยแสดงมาตรฐานเชิงซ้อนทางเพศที่ให้อิสระแก่ผู้ชายในการแสดงออกทางเพศ เด็กผู้ชายวัยรุ่นมักกระตือรือร้นที่จะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคำแสดงที่มักใช้ คือ “ขึ้นครู” ซึ่งหมายถึงกระบวนการเรียนรู้กับคนที่มิประสบความสำเร็จด้านเพศ วิธีการปฏิบัตินี้ดำเนินต่อไปเรื่อยๆ เพื่อแสวงหาความสุขทางเพศของผู้ชาย เป็นการแสดงถึงสังคมยอมรับให้ผู้ชายมีประสบการณ์ทางเพศได้ไม่จำกัด ในทางตรงข้ามหญิงสาวควรรักษาความบริสุทธิ์จนกว่าจะแต่งงาน (Havanon, 1995; Isarabhadi, 1999; Kanato, 1998) ดังนั้นเรื่องเพศจึงถูกจำกัดสำหรับผู้หญิงโดยเฉพาะผู้หญิงที่ยังไม่ได้แต่งงาน ผู้ที่ฝ่าฝืนกฎนี้จะถูกเหมารวมให้อยู่ในกลุ่มของผู้หญิงขายบริการหรือโสเภณี และผู้หญิงสาส์อน ดังนั้นผู้หญิงที่ยังไม่ได้แต่งงานแต่มีความสัมพันธ์ทางเพศกับคนรักมักถูกเหมารวมเช่นกันว่าเป็นผู้หญิงที่ไม่รักนวลสงวนตัว ปล่อยตัว หรือทำตามค่านิยมตะวันตก เป็นต้น (Havanon, 1995; Narumon, 1998; Vasikasin, 1984) อาจกล่าวได้ว่าเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานคือบรรทัดฐานอย่างหนึ่งที่แยก “ผู้หญิงไม่ดี” ออกจาก “ผู้หญิงดี”

คำแสดงบางคำที่ผู้ชายมักใช้สำหรับการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งแสดงถึงการได้จากการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ “เอา” “ได้” “เล่น” หรือ “เจาะไข่แดง” ในทางตรงข้าม การมีเพศสัมพันธ์สำหรับผู้หญิงคือการเสีย “เสียตัว” หรือการเสียความบริสุทธิ์ให้กับผู้ชาย ผู้หญิงที่เสียความบริสุทธิ์จะถูกมองว่า “ไม่บริสุทธิ์” “ค้างพริ้ว” หรือ “สกปรก” นอกจากนี้สังคมเชื่อว่าการที่ผู้หญิงมีประสบการณ์ทางเพศเป็นการแสดงถึงการไม่สามารถควบคุมเรื่องเพศได้ หรือ “ใจแตก” (Ford & Kittisuksathit, 1994) เมื่อมีการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นสังคมจึงมักตำหนิตำหนิผู้หญิงเนื่องจาก “ยอม” ให้การมีเพศสัมพันธ์เกิดขึ้น เพราะผู้หญิงต้องเป็นฝ่ายควบคุมเรื่องเพศไม่ให้เกิดขึ้น

เมื่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ผู้หญิงมักถูกคาดหวังให้แบกรับผลกระทบจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์นั้น (Russo & Zierk, 1992) โดยเฉพาะผลกระทบทางสังคม ผู้หญิงที่ยุติการ

ตั้งครรภ์(ไม่พึงประสงค์)มักโดนสังคมระบุว่า เป็นผู้หญิงสำส่อน ใจแตก (กนกวรรณ ธรววรรณ, 2545; สุชาดา รัชชกุล, 2541; Havanon, 1995; Narumon, 1998; Vasikasin, 1984) นอกจากนี้ผู้หญิงยังถูกระบุจากระบบศาสนาว่าเป็นคนไร้เมตตา ไร้ศีลธรรม(un-Buddhist) ใจดำ หรือคนเลว เนื่องจากทำลายชีวิต (Whittaker, 2002c) นอกจากนี้ด้วยอคติของผู้หญิงไทย ผู้หญิงต้องดำรงบทบาทความเป็นแม่หรือผู้เลี้ยงดู (Taywaditap et al., n.d.) ดังนั้นผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ มักถูกตำหนิเป็นแม่ใจร้าย แม่ใจยักษ์

โดยสรุปแล้ว อคติทางเพศหรือความไม่เท่าเทียมทางเพศที่เกิดขึ้นเมื่อมีการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และสิ้นสุดด้วยการยุติการตั้งครรภ์ เกิดจากกระบวนการขัดเกลาทางสังคม (socialization process) ที่ขัดเกลาคนในสังคมตามความเชื่อของหลักศาสนา หรือค่านิยม โดยเฉพาะบรรทัดฐานทางเพศที่ผู้ชายสามารถเพิกเฉยกับความต้องการทางเพศของตนเองได้อย่างอิสระในขณะที่ผู้หญิงถูกจำกัด (Chatchawet, 2009; Ford & Koetsawang, 1991; Isarabhadhi, 1999; Kanato, 1998) หากผู้หญิงฝ่าฝืนกฎ โดยการมีเพศสัมพันธ์หรือตั้งครรภ์ก่อนแต่งงาน มักจะถูกตำหนิหรือตีตราว่าเป็นผู้หญิงไม่ดี (Havanon, 1995; Isarabhadhi, 1999; Kanato, 1998; Vasikasin, 1984) ถ้าผู้หญิงเลือกที่จะยุติการตั้งครรภ์ ด้วยเหตุผลทางสังคม เศรษฐกิจ หรือเหตุผลอื่นที่ไม่อยู่ในกรอบของกฎหมาย ผู้หญิงมักถูกตีตราโดยสังคมและได้รับการลงโทษจากกฎหมาย (สุชาดา รัชชกุล, 2541) ในทางตรงข้าม ไม่มีกรอบใดของสังคมที่ระบุให้ผู้ชายผู้ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความสัมพันธ์ทางเพศได้มีส่วนร่วมหรือรับผิดชอบเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ สังคมมักตอกย้ำให้ผู้หญิงเป็นผู้รับผิดชอบต่อการกระทำที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ ในขณะที่ผู้ชายสามารถที่จะเลือกว่าตนเองจะรับผิดชอบหรือไม่

ปัจจัยด้านบุคคล

จากค่านิยมทางชนบทรอบนิยมนิยมหรือความเชื่อเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ที่คนในสังคมมักได้รับอิทธิพลความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่มาจากบรรทัดฐานของสังคมชายเป็นใหญ่ กล่าวคือผู้ชายสามารถแสวงหาความสุขทางเพศได้อย่างอิสระ แต่ไม่ได้ถูกคาดหวังให้รับผิดชอบต่อผลที่ตามมาจากการมีความสุขทางเพศนั้นอย่างการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน ในทางตรงข้าม ผู้หญิงถูกคาดหวังให้รับผิดชอบต่อพฤติกรรมทางเพศและผลที่ตามมาจากการตั้งครรภ์ของตนเอง ในการศึกษาเชิงคุณภาพของกนกวรรณ ธรววรรณ (2545) ได้ระบุว่า คนรักของผู้หญิงกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งไม่รับผิดชอบต่อการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้น เหตุเพราะว่าผู้หญิงไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์โดยการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ในการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ผู้หญิงและผู้ชายที่ทำงานโรงงานแห่งหนึ่ง (อายุ 15-24 ปี) พบว่า ในประเด็นของผลที่ตามมาจากการมีเพศสัมพันธ์ ผู้หญิงทุกคนกลัวการตั้งครรภ์ก่อนสมรส เพราะอาจต้องนำไปสู่การ

ยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากผู้หญิงจะใช้ชีวิตอย่างไม่มีความสุขหากเกิดการตั้งครรภ์ก่อนสมรสขึ้น จากที่คนในสังคมไม่ยอมรับต่อพฤติกรรมการตั้งครรภ์ก่อนสมรสนี้ ในขณะที่ผู้ชายมักให้ความสำคัญกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือโรคเอดส์ โดยไม่ได้กังวลกับการตั้งครรภ์ก่อนสมรสเพราะการตั้งครรภ์ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ชายเท่ากับการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือ โรคเอดส์ (Ford & Kittisuksathit, 1994)

ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจของผู้ชายอาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อผู้ชายในการมีส่วนร่วมในการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ชายที่มีรายได้สูงอาจให้การสนับสนุนด้านการเงินแก่คนรักหรือภรรยามากกว่าผู้ชายที่มีรายได้ต่ำ จากงานวิจัยผู้หญิงส่วนหนึ่งรายงานว่าคนรักซึ่งมีรายได้สูงแม้ไม่สามารถยอมรับการตั้งครรภ์ได้ แต่ผู้ชายกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมในการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการยุติการตั้งครรภ์โดยสนับสนุนด้านการเงิน (Chatchawet & Sripichyakan, 2005)

นอกจากปัจจัยด้านผู้ชายแล้ว ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้หญิงยังมีความสำคัญต่อการที่ผู้ชายไม่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อผลที่ตามมาของการมีเพศสัมพันธ์นั้น ผู้หญิงส่วนใหญ่ยอมรับบรรทัดฐานทางสังคมที่ว่าผู้หญิงคือผู้ที่ต้องรับผิดชอบต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เนื่องจากผู้หญิงมีหน้าที่ในป้องกัน ไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์หรือการคุมกำเนิด หากเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นถือเป็นความผิดพลาดของผู้หญิงที่ไม่ใช้วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้หญิงจึงสมควรที่จะต้องรับผิดชอบต่อการตั้งครรภ์นั้น (จิตรา ไชยชนะ วีรพัฒน์ เภสัชกรรมทรรศน์ สว่าง ประทีปเกาะ และนิรชร ชูติพัฒนะ, 2544)

ปัจจัยด้านระบบสุขภาพ

แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เอื้อให้ผู้หญิงและผู้ชายสามารถเข้าถึงระบบสุขภาพที่มีความไวในเพศภาวะ (gender sensitive health service) แต่การให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะบริการสำหรับผู้รับบริการที่ตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ยังไม่ได้รับการบริการที่คำนึงถึงความไวในเพศภาวะ (ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์, 2544) ดังนั้นผู้หญิงและผู้ชายจึงยังคงพบกับบริการที่มีอคติทางด้านเพศ เช่น ผู้ชายไม่จำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนครอบครัวหรือการใช้วิธีการคุมกำเนิด รวมทั้งการให้คำปรึกษาเรื่องการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Chatchawet, 2009) เนื่องจากบุคลากรทางสุขภาพอยู่ภายใต้อิทธิพลของสังคมที่มีความเชื่อว่าผู้หญิงเป็นบุคคลที่เหมาะสมในการรับผิดชอบต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการยุติการตั้งครรภ์ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่จึงมักนำทัศนคติ อคติ และมุมมองของตนเองที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์มาใช้กับผู้หญิงกลุ่มนี้ และกันผู้ชายออกไปจากบริการนี้โดยไม่รู้ตัว การกันผู้ชายออกจากการมีส่วนร่วมนี้อาจละเมิดสิทธิของผู้ชายสำหรับผู้ที่ต้องการมีส่วนร่วมในการ

รับผิดชอบในบริการดูแลสุขภาพสำหรับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการยุติการตั้งครรภ์ (Armstrong, 2003; Coleman & Nelson, 1999)

โดยสรุปแล้ว ทศนคติและพฤติกรรมทางเพศในสังคมไทยได้รับการสนับสนุนโดยวัฒนธรรม บรรทัดฐาน และความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างชายและหญิง ผู้ชายมักได้รับการยอมรับว่ามีอำนาจเหนือกว่าผู้หญิงและสามารถควบคุมการมีเพศสัมพันธ์ได้ เช่น ต้องการให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์เมื่อไหร่และอย่างไร และมักไม่ได้รับการคาดหวังให้รับผิดชอบต่อผลของการมีเพศสัมพันธ์นั้น ดังนั้นจึงเป็นเรื่องยากที่จะประสบความสำเร็จในการให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ชายในอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือการคัดกรองเพื่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย หากทั้งผู้หญิงและผู้ชายรวมถึงบุคลากรทางสุขภาพไม่ร่วมมือโดยการส่งเสริมผู้ชายให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบ

ระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

รัฐบาลไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตามข้อเสนอแนะของการประชุมนานาชาติว่าด้วย ประชากรกับการพัฒนา ด้วยเช่นกัน โดยประกาศ “นโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์” เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2540 ซึ่งระบุว่า “คนไทยทุกคนทั้งชายและหญิงทุกกลุ่มอายุจะต้องมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี...ทั้งนี้จะต้องรวมถึงการมีสิทธิที่จะได้รับรู้และตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะการเจริญพันธุ์ของตนเองอย่างเท่าเทียมกันทั้งชายและหญิง ตลอดจนสามารถเข้าถึงบริการในด้านนี้อย่างทั่วถึง” (มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพสตรี, 2547) อย่างไรก็ตาม นโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์หรือ การดูแลโดยมีความไวในเพศสภาวะ (gender sensitive health care) ยังไม่ได้มีการปฏิบัติเป็นรูปธรรม เช่น ยังไม่ได้ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ชายในการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ (ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์, 2544) ในโรงพยาบาลไม่มีกลไกเพื่อรับประกันความเสมอภาคทางเพศในการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ เนื่องจากจุดสนใจของการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ที่ผู้หญิงเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นจึงเป็นอุปสรรคต่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ชายในกระบวนการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (ก่อนการยุติการตั้งครรภ์) การให้คำปรึกษาหลังการยุติการตั้งครรภ์ และการดูแลรักษา ดังนั้นผู้หญิงจึงต้องแก้ปัญหาหรือรับผิดชอบต่อปัญหานั้นตามลำพัง

บุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่มักนำทศนคติ ทัศนคติ และมุมมองของตนเองที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์มาใช้กับผู้หญิงกลุ่มนี้ และไม่นำผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้หญิง รวมทั้งมีทัศนคติด้านลบกับผู้หญิงกลุ่มนี้ (Whittaker, 2002a; World Health Organization, n.d.) ทศนคติเหล่านี้สามารถส่งผลต่อการให้บริการสุขภาพในเชิงลบ ในความเป็นจริงแล้วผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึง

ประสงค์ต้องการเข้าถึงข้อมูลที่เชื่อถือได้และมีผู้ให้คำปรึกษาที่เข้าใจ และผู้ชายควรได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในบริการดังกล่าว (UNFPA, 1994) สิทธิของผู้หญิงต่อบริการสุขภาพที่มีความไวในเพศสถานะเป็นสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ขั้นพื้นฐานที่ผู้หญิงทุกคนควรได้รับ ซึ่งรวมถึงบริการการดูแลก่อนและหลังการยุติการตั้งครรภ์

การให้บริการก่อนการยุติการตั้งครรภ์

บริการที่มีความสำคัญต่อบริการก่อนการยุติการตั้งครรภ์คือ การให้การปรึกษาก่อนการยุติการตั้งครรภ์ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2003) รายงานว่าการให้การปรึกษาเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือผู้หญิงในการพิจารณาทางเลือกและทำให้มั่นใจว่าผู้หญิงจะสามารถตัดสินใจได้โดยปราศจากแรงกดดัน และการให้การปรึกษาคควรทำภายใต้ความสมัครใจเป็นความลับ และให้บริการโดยผู้ที่มีทักษะหรือผ่านการฝึกฝนมาแล้ว ถ้าผู้หญิงเลือกที่จะยุติการตั้งครรภ์ บุคลากรทางสุขภาพควรอธิบายข้อกำหนดด้านกฎหมายในการทำได้ ผู้หญิงควรมีเวลาเท่าที่ผู้หญิงต้องการในการตัดสินใจ ความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการยุติการตั้งครรภ์ควรได้รับการอธิบาย นอกจากนี้บุคลากรทางสุขภาพควรให้ข้อมูลแก่ผู้หญิงเกี่ยวกับทางเลือกต่างๆ ในกรณีที่ผู้หญิงตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อไป เช่น ข้อมูลบ้านพักฉุกเฉิน การยกบุตรให้ผู้อื่นเป็นบุตรบุญธรรม เป็นต้น ถ้าผู้ชายเข้ารับการให้การปรึกษาพร้อมกับผู้หญิง บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ชายมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดเตรียมการสนับสนุนด้านอารมณ์และร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับทางเลือก อย่างไรก็ตาม ผู้ชายควรจะได้รับบริการส่งเสริมให้ยอมรับและสนับสนุนการตัดสินใจของผู้หญิง ในกรณีที่บุคลากรทางสุขภาพสงสัยว่าผู้หญิงที่ประสบกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์กำลังถูกบังคับหรือถูกใช้ความรุนแรงจากผู้ชาย ควรคุยกับผู้หญิงเพียงลำพังหรือให้การปรึกษาและการดูแลเพิ่มเติมแก่ผู้หญิง (World Health Organization, 2003)

ในประเทศไทย ผู้หญิงส่วนใหญ่ที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มักไม่สามารถเข้าถึงการให้การปรึกษาก่อนการยุติการตั้งครรภ์ แม้ว่ารัฐบาลไทยมีระบบบริการที่พยายามเอื้อต่อการให้บริการที่เหมาะสมกับผู้หญิงที่เผชิญกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เช่น ศูนย์ฟังใจ หรือ โครงการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น

ศูนย์ฟังใจ (One Stop Crisis Center: OSCC) ถูกจัดตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ในปี พศ. 2543 เพื่อพัฒนาระบบบริการเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ซึ่งศูนย์นี้ประจำอยู่ที่โรงพยาบาล เป็นศูนย์ให้ความช่วยเหลือแบบครบวงจรให้แก่เด็กและผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงทางกายและจิตใจ ตลอดจนการถูกกระทำรุนแรงทางเพศรวมถึงการถูกข่มขืน อย่างไรก็ตามการดำเนินการของศูนย์ฟังใจยังพบปัญหาในการปฏิบัติงานของบุคลากรบางส่วนที่มีทัศนคติในทางลบ

ต่อประเด็นการท้องไม่พร้อมและการยุติการตั้งครรภ์ เช่นการไม่อาจยอมรับว่าการยุติการตั้งครรภ์เป็นทางเลือกหนึ่งของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม จากที่การยุติการตั้งครรภ์เป็นการทำลายชีวิต เป็นความผิด และเป็นบาป และลำบากใจในการการบอกแหล่งบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยให้กับผู้มารับบริการ ทำให้ผู้หญิงที่มารับบริการไม่ได้รับข้อมูลที่รอบด้านเกี่ยวกับทางเลือกในการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (องค์การแพช, 2553)

โครงการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น ซึ่งกรมอนามัยได้จัดทำตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 โดยดำเนินการตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกที่ส่งเสริมการจัดตั้ง Youth Friendly Health Services (YFHS) ที่เน้นให้วัยรุ่นและเยาวชนที่มีปัญหาสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งรวมถึงการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ สามารถเข้าถึงบริการได้ แต่ผู้รับบริการกลุ่มนี้มักเข้าไม่ถึงบริการและไม่ไปใช้บริการที่สถานบริการของรัฐด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น ไม่ทราบข้อมูลแหล่งให้บริการ จากที่โครงการนี้ยังไม่ครอบคลุมทุกสถานบริการของรัฐในทั่วประเทศ สถานบริการไกลบ้านและโรงเรียน การเดินทางและเวลาให้บริการไม่สะดวก และผู้ให้บริการไม่มีความเป็นมิตรและชอบตัดสินผู้มารับบริการ (กองอนามัยการเจริญพันธุ์, 2552)

นอกจากนี้การเน้นความสำคัญของการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่จะเน้นที่ผู้หญิง ผู้ชายมักถูกกันออกจากบริการให้การปรึกษา สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นถึงอคติทางเพศหรือความไม่เท่าเทียม ดังนั้นผู้หญิงจึงถูกละเมิดสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ทั้งผู้หญิงและผู้ชายควรร่วมกันรับผิดชอบ นอกจากสิทธิของผู้หญิงถูกละเมิดแล้วสิทธิของชายก็ถูกละเมิดเช่นกันจากที่ทำให้ผู้ชายไม่สามารถมีส่วนร่วมในบริการดังกล่าวและอาจทำให้ไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (Armstrong, 2003; Coleman & Nelson, 1999)

การให้บริการหลังการยุติการตั้งครรภ์

การดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์เป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญในการลดอัตราการตายของมารดา และสามารถตอบสนองการให้บริการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับผู้หญิงแต่ละราย (UNFPA, 1994) ในย่อหน้าที่ 8.25 ของแผนปฏิบัติการในการประชุมว่าด้วยประชากรกับการพัฒนา (Program of Action หรือ ICPD PoA) ได้ตั้งข้อสังเกตไว้ดังต่อไปนี้ “ในทุกกรณี ผู้หญิงควรสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพในการจัดการกับผลข้างเคียงที่เกิดจากการยุติการตั้งครรภ์ ควรมีบริการให้การปรึกษาหลังการยุติการตั้งครรภ์ การให้ข้อมูล และบริการวางแผนครอบครัวอย่างทันที่ซึ่งสามารถช่วยป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต” (UNFPA, 1994)

การให้การบริการดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์ที่จะประสบความสำเร็จในการให้ผู้หญิงเข้าถึงบริการนี้ ควรมีองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ 1) บริการฉุกเฉินเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อน

ของการยุติการตั้งครรภ์ 2) บริการวางแผนครอบครัวหลังการยุติการตั้งครรภ์หรือการคุมกำเนิด และ 3) การเชื่อมต่อระหว่างการรักษาฉุกเฉินและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์อื่นๆ (Greenslade, McKay, Wolf, & McLaurin, 2002; Langer et al., 1997) โดยผู้ชายสามารถมีส่วนร่วมได้โดยการสนับสนุนทางการเงิน การดูแลด้านจิตใจ การไม่ทอดทิ้งผู้หญิง และมีส่วนร่วมในการใช้วิธีการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นซ้ำ นอกจากนี้ในการดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์บุคลากรทางสุขภาพสามารถให้ข้อมูลการดูแลผู้หญิงแก่ผู้ชายเพื่อให้ผู้ชายได้ดูแลผู้หญิงได้อย่างเหมาะสม และให้ข้อมูลวิธีการวางแผนครอบครัวแก่ผู้ชาย

สำหรับประเทศไทยบุคลากรทางสุขภาพจะมีโอกาสได้ดูแลผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่เมื่อผู้หญิงมีภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์และไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะไม่สามารถเข้าถึงบริการนี้ได้ จากการศึกษาของสุชาดา รัชชกุล (2541) พบว่าผู้หญิงมักไม่ได้รับข้อมูลใดๆ ก่อนและหลังจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวหลังการยุติการตั้งครรภ์ และเมื่อมีการให้บริการการให้การศึกษาแก่ผู้หญิง ผู้ชายมักไม่ได้เข้าร่วมการให้การศึกษาที่จัดเตรียมไว้ (Chatchawet & Sripichyakan, 2005) จากที่บุคลากรทางสุขภาพมีทัศนคติและความเชื่อที่คล้ายกับคนส่วนใหญ่ในสังคมที่มีความเห็นว่าผู้หญิงควรเป็นผู้ที่รับผิดชอบในการใช้วิธีการคุมกำเนิด (Reproductive Health Outlook, n.d.b; Varkevisser, 1995) จึงทำให้บุคลากรทางสุขภาพอาจไม่ได้เตรียมพร้อมที่จะรับผู้ชายเป็นผู้รับบริการ

โดยสรุปแล้ว การเปลี่ยนแปลงนโยบายและการปฏิบัติในการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์โดยการส่งเสริมผู้ชายให้รับผิดชอบหรือมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการของการยุติการตั้งครรภ์มีความจำเป็นสำหรับประเทศไทย และผู้หญิงต้องได้รับการบริการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพและมีความเข้าใจในบริบทของผู้หญิง การให้บริการดังกล่าวจะช่วยลดอคติทางเพศสำหรับผู้รับบริการที่กำลังเผชิญกับการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ดังนั้นเป้าหมายของการศึกษานี้คือการเข้าใจถึงทัศนคติที่แท้จริงของบุคลากรทางสุขภาพว่ามีความรู้สึก หรือแนวคิดอย่างไรต่อการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ความเข้าใจในทัศนคติของบุคลากรทางสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกในการจัดระบบบริการที่คำนึงถึงการดูแลโดยมีความไวในเพศภาวะ หรือการบริการทางสุขภาพที่เป็นธรรมแก่ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยต่างๆ ที่ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการยุติการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่จะศึกษาในมุมมองผู้หญิง ได้แก่ ผลกระทบของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการยุติการตั้งครรภ์ต่อผู้หญิง (กนกวรรณ ธรารวรรณ, 2545; นภาพรณัฏ หนานนท์, 2538; สุชาดา รัชชกุล, 2541; Whittaker, 2002c) ทัศนคติต่อการยุติการตั้งครรภ์

(Institute of Population Studies, 1982; Phuapradit, Sirivongs, & Chaturachinda, 1986), การปฏิรูปกฎหมายทำแท้ง (Lerdmaleewong & Francis, 1998; Whittaker, 2002a; Whittaker, 2002b), การยุติการตั้งครรภ์กับศาสนาพุทธ (Ratanakul, 1998), การยุติการตั้งครรภ์ในประเทศไทย (Boonthai & Warakamin, 2001; Population Council, 1981; Warakamin et al., 2004) และ 1 งานวิจัย ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ชายในการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์จากมุมมองของผู้หญิงและผู้ชายที่มีประสบการณ์การยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (Chatchawet, 2009) นอกจากนี้ พบ 1 งานวิจัยที่ศึกษาสถานการณ์การทำแท้งในประเทศอยู่ในทวีปเอเชียใต้ และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งรวมถึงประเทศไทย จากมุมมองของผู้ให้บริการ (Singh & Wulf, 1997) อย่างไรก็ตามยังไม่พบรายงานวิจัยที่สะท้อนถึงมุมมองของบุคลากรทางสุขภาพอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการยุติการตั้งครรภ์

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (descriptive qualitative research) เพื่อเข้าใจทัศนคติของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ ที่ให้การดูแลผู้รับบริการที่มีอาการแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบกำหนดคุณสมบัติเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งได้แก่ 1) เป็นแพทย์ พยาบาล หรือนักสังคมสงเคราะห์ ที่ให้การดูแลผู้รับบริการที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และ 2) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย การสัมภาษณ์ดำเนินไปจนกระทั่งผู้วิจัยได้ข้อมูลอิ่มตัว โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยมีจำนวน 13 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 10 คน แพทย์ 2 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัย

2. แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เป็นคำถามปลายเปิด (open ended question) เกี่ยวกับทัศนคติของผู้ให้บริการทางสุขภาพต่อการมีส่วนร่วมของผู้ชายเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีคำถามหลักคือ ประสิทธิภาพการดูแล และความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้รับบริการที่มีอาการแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

4. เครื่องบันทึกเสียงและม้วนเทปบันทึกเสียง

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดของลินคอล์นและกูบา (Lincoln & Guba, 1985) ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยยึดหลักดังนี้

1. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) ในการสัมภาษณ์มีการบันทึกเทปตลอดระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล มีการสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตรวจสอบความถูกต้องทุกครั้งที่การสัมภาษณ์จบลง (member checking)

2. การหลีกเลี่ยงความเป็นอคติไม่ใส่ความรู้สึของผู้วิจัยในทุกขั้นตอน (dependability) ผู้วิจัยมีการจดบันทึกการสะท้อนความรู้สึความคิดในสิ่งที่พบเห็นและเกิดขึ้นในระหว่างการศึกษา เพื่อเป็นการระมัดระวังในการไม่นำเอาความรู้สึของตนเองไปตีความเหตุการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง

3. ความเชื่อมั่นคงเส้นคงวาของระเบียบวิธีวิจัย (confirmability) ผู้วิจัยมีความเป็นเหตุเป็นผลในทุกขั้นตอนของการทำวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง มีคุณภาพ น่าเชื่อถือ และมีประสิทธิภาพ

4. ผลการวิจัยมีประโยชน์นำไปใช้ได้จริง (transferability) ในการสรุปผลการวิจัย ข้อมูลที่ได้เป็นการอ้างอิงเฉพาะกลุ่มไม่แสดงถึงการนำข้อมูลไปอธิบายถึงประชากรกลุ่มใหญ่เกินข้อเท็จจริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อผ่านกระบวนการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูล พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผลและไม่เกิดผลเสียใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าลักษณะการวิจัยเป็นการสัมภาษณ์รายบุคคล และมีการขออนุญาตในการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์เพื่อความครบถ้วนของข้อมูล พร้อมทั้งให้ความมั่นใจว่าข้อความในเทปนั้นจะถูกเก็บเป็นความลับ

และลบทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น และหากมีการนำข้อมูลไปเผยแพร่จะเป็นการนำเสนอเฉพาะในเชิงวิชาการ และไม่มีเปิดเผยชื่อ

เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยมีการนัดหมายวัน เวลา ตามที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวก

ขั้นตอนและวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคล (individual interviews) ซึ่งเป็นการสนทนาโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลอัตวิสัยของบุคคลในมุมมองต่อปรากฏการณ์ที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล มีความเกี่ยวเนื่องที่สามารถนำมาอธิบายความหมายและทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิด และพูดคุยแบบไม่เป็นทางการตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น และใช้การหยั่งลึก (probe) เมื่อจำเป็น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม ลึกซึ้ง และอุ่มตัวในประเด็นที่ต้องการศึกษา โดยมีการบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ นอกจากนี้ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะใช้คำถามสะท้อนคิด (reflexive questions) เพื่อกระตุ้นความตระหนักของผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้วิจัยถึงอคติทางเพศในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละรายมีการให้สัมภาษณ์ 2-4 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลานานประมาณ 60-90 นาที สถานที่ในการสัมภาษณ์เป็นห้องสอนสุขศึกษาของหอผู้ป่วย ซึ่งมิดชิด และมีความเป็นส่วนตัวที่มีเพียงผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อสัมภาษณ์เสร็จในแต่ละครั้งผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนัดสัมภาษณ์ครั้งต่อไป และมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

2. การบันทึกภาคสนาม (field note) ผู้วิจัยสังเกตปฏิบัติการ การแสดงทางอารมณ์ หรือพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งในช่วงก่อน ขณะ และหลังการสัมภาษณ์ และจะมีการจดบันทึกปฏิบัติการเหล่านั้นหลังจากเสร็จสิ้น การสัมภาษณ์ทันที แต่ไม่มีการจดบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์

3. การสะท้อนความคิด (reflexivity) โดยผู้วิจัยจดบันทึกการสะท้อนความรู้สึกความคิด (reflexive journal) ของตนเองในสิ่งที่พบเห็นและเกิดขึ้นในระหว่างการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเป็นการระมัดระวังในการไม่นำเอาความรู้สึกของตนเองไปตีความเหตุการณ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

ขั้นตอนและวิธีการในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลพร้อมๆกับการรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ทราบประเด็นที่ต้องสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ (Miller & Crabtree, 1992)

1. การจัดแฟ้ม (establishing files) คือการนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์มา ทบทวน แยกแยะ และจัดหมวดหมู่
2. การลงรหัสข้อมูล (coding the data) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาลงรหัสหมวดหมู่ ของข้อมูล
3. การจัดประเภทของข้อมูล (identify unit) จัดประเภทของข้อมูลโดยพิจารณาจากรหัส นำ รหัสของข้อมูลที่มีอยู่มารวบรวมในการจัดประเภท ข้อมูลที่มีรหัสคล้ายคลึงกันจะจัดอยู่ด้วยกัน
4. การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่ (developing categories) นำข้อมูลที่จัดประเภทโดย แยกประเภทเป็นหัวข้อย่อยๆ โดยแต่ละหัวข้อย่อยมีความสอดคล้องในเนื้อหา และมีการแจกแจงความถี่ ของคำหรือข้อความที่ปรากฏในเนื้อหา มีการตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์และ ตีความเพื่อพัฒนาและสร้างหมวดหมู่ของข้อมูล
5. การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ (interpretively determine connections) นำ หมวดหมู่ของข้อมูลที่จัดได้มาหาความสัมพันธ์กัน
6. การตรวจสอบความถูกต้อง (verify) นำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำเพื่อให้เกิด ความถูกต้องของข้อมูล
7. การสรุปและรายงานการวิจัย (report) ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา การเขียน รายงานมีความคิดรวบยอดที่สมบูรณ์ กระชับ ชัดเจน และมีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะ พรรณนา (descriptive explanation)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์และการอภิปรายผลในการศึกษาครั้งนี้เป็นลักษณะการพรรณนา ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล และ ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นบุคลากรทางสุขภาพ 13 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 10 คน แพทย์ 2 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอายุอยู่ในช่วง 28-54 ปี (mean=35.7, SD=8.0) ทุกคนมีเชื้อชาติไทย และนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ยกเว้นแพทย์ 2 คน ที่จบการศึกษาเทียบเท่าปริญญาเอก ประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพอยู่ในช่วง 5-28 ปี (mean=11.5 SD=7.0) ประสบการณ์ในการทำงานที่ให้การดูแลผู้รับบริการที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์อยู่ในช่วง 1-23 ปี (mean=8.7 SD=6.8) ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนไม่เคยมีประสบการณ์ตรงในการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

จากที่บุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่จะได้ดูแลผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เมื่อผู้หญิงนั้นมีการข้างเคียงจากการยุติการตั้งครรภ์ (ที่ไม่ปลอดภัย) ดังนั้นทัศนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่จึงเป็นทัศนะที่เกิดจากการดูแลผู้หญิงเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการยุติการตั้งครรภ์และต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีประเด็นที่เกิดขึ้น 2 ประเด็นใหญ่ คือ ประเด็นที่ 1 ประสบการณ์ของบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งมี 3 ประเด็นย่อย คือ ร่วมดูแลกัน ผู้หญิงดูแลตัวเอง และการดูแลของผู้ชาย และ ประเด็นที่ 2 มุมมองต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นมุมมองที่มีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์ของบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย คือ เข้าใจ: ผู้หญิงมีเหตุผลของตัวเอง และ อคติ: ไม่พึงเสียงผู้หญิง

ประสบการณ์ของบุคลากรทางสุขภาพ

ประสบการณ์ของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มีประเด็นที่เกิดขึ้นทั้งหมด 3 ประเด็น คือ “ร่วมดูแลกัน” “ผู้หญิงดูแลตัวเอง” และ “การดูแลของผู้ชาย”

ร่วมดูแลกัน

ร่วมดูแลกัน เป็นการที่ผู้ชายต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้หญิงเมื่อผู้หญิงต้องเผชิญกับผลข้างเคียงจากการยุติการตั้งครรภ์และนอนพักรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากเหตุผล 3 ประการ คือ “ทำด้วยกัน” “ผู้ชายทำ” และ “ผู้หญิงเจ็บ”

ไม่ว่าเหตุผลของการดูแลจะจากเหตุผลใด อันได้แก่ ทำด้วยกัน ผู้ชายทำ หรือ ผู้หญิงเจ็บ การร่วมดูแลผู้หญิงเป็นการกระทำอย่างหนึ่ง que แสดงถึงความรับผิดชอบของผู้ชาย(ที่ดี)

“ร่วมกันทำมา ก็น่าจะมาดูแลกันบ้าง ได้แสดงว่ารับผิดชอบ มาดูแลกัน มาเผื่อ อาจจะช่วยความรัก ความห่วงใย หรือว่าอาจจะโดยอะไรก็ตาม ก็คือมารับผิดชอบ ตรงนี้ แสดงถึงความรับผิดชอบของผู้ชาย แต่ถ้าเหมือนบางคน que แบบไม่สนใจไม่มาดูแลเลย ก็คือว่าไม่รับผิดชอบ”

“มันเป็นความรับผิดชอบอย่างหนึ่งของผู้ชายด้วยเหมือนกัน เพราะว่าเค้าทำให้เด็ก คนนั้นเกิดมาแล้วแต่ว่าเค้าไม่รักษาชีวิตเอาไว้ เค้าก็ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการ รับผิดชอบ โดยที่ว่าต้องดูแลผู้หญิง”

“การกระทำมันร่วมกันมัน ไม่ได้แบบว่าผู้หญิงทำคนเดียว ผู้ชายจะต้องร่วม รับผิดชอบด้วย มันเป็นความรับผิดชอบอย่างหนึ่งของผู้ชายที่ดี ไม่ใช่ให้ผู้หญิง รับผิดชอบดูแลตัวเองคนเดียว ในขณะที่ผู้หญิงก็ต้องเจ็บตัวอยู่แล้ว”

ทำด้วยกัน

การตั้งครรภ์เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ร่วมกันของทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ดังนั้นการยุติการตั้งครรภ์จึงถือว่าเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทั้งสองฝ่ายเช่นกัน โดยเฉพาะเมื่อ เกิดอาการแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ดังเช่นตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ผู้ชายต้องรับรู้ด้วยว่าตรงนี้นั้นมันเป็นคล้ายๆ สิ่ง que ที่กระทำกันมา ว่าง่ายๆ นอนกันมา มีเพศสัมพันธ์มาด้วยกัน ต้องร่วมรับรู้ ว่าผู้หญิงเป็นยัง ings บ้าง เพราะกระทำด้วยกัน ต้องร่วมดูแลกัน”

“คุณกระท่อมทำร่วมกันแล้ว เกิดมาเป็นแบบนี้แล้วผู้หญิงไม่สบาย ตกเลือด มากอย่างนี้แล้วแล้ว คุณก็ต้องประคบประครองไปด้วยกัน”

ผู้ชายทำ

บุคลากรบางส่วนมีมุมมองว่า การตั้งครรภ์เกิดขึ้นได้เนื่องจากส่วนใหญ่ ฝ่ายชายเป็นฝ่ายเริ่มต้นหรือก่อให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นเมื่อเกิดการตั้งครรภ์และต้องยุติการตั้งครรภ์ ผู้ชายต้องร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้หญิง โดยบุคลากรทางสุขภาพควรเป็นบุคคลที่ กระตุ้นให้ผู้ชายตระหนักในการดูแลผู้หญิง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“สาเหตุมาจากใคร จากผู้ชาย แต่ผู้ชายไม่ดูแลผู้หญิงมันใช้ไม่ได้ เรา (บุคลากรทางสุขภาพ) ก็ต้องพูดให้เค้าสำนึก ให้เค้าเข้าใจว่าผู้หญิงนะเจ็บ ตัวแล้วสภาพจิตใจต้องเจออะไรหลายๆสิ่งหลายอย่าง เผลอกับความกลัว ต้องขุดมดลูก ต้องได้ยาสลบ ผู้หญิงต้องอยู่คนเดียวนะ ใจมันก็ฝ่อ ผู้หญิงก็ อยากรู้กำลังใจให้คนที่ทำให้เราเจ็บมันมาอยู่กับเรานะ เค้าก็ควรจะ รับผิดชอบกับผู้หญิงด้วย มาดูแลผู้หญิง”

“ไม่ใช่เราอนไม่สบายอยู่แล้วต้นเหตุจะไม่มาดูแลเรา พี่ว่ามันก็ทำให้เรา ผู้หญิงรู้สึกแบบหุดหุดนะ เธอทำเราเป็นแบบนี้นะ พอว่าเราเจ็บตัวแบบนี้ แล้วไม่สนใจเรา เรารู้สึกน้อยใจบ้างที่ไม่มีคนมาดูแล”

ผู้หญิงเจ็บ

เมื่อผู้หญิงมีความเจ็บปวดกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการยุติการตั้งครรภ์ และต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ผู้ชายควรร่วมดูแลผู้หญิง จากที่ผู้ชายเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ ผู้หญิงต้องเผชิญกับความเจ็บปวดนั้น

“คือผู้ชายต้องมีส่วนร่วมในการดูแล เพราะว่าคือผู้หญิงจะปวดท้องมี เลือดออกจะตกเลือดช็อคอะไรอย่างนี้ ในขณะที่ผู้ชายเค้าไม่ต้องรับรู้ในจุด ตรงนี้ ไม่ต้องมาเจ็บมาปวด เค้าต้องมาช่วยดูแลผู้หญิง มาช่วยเช็ดตัวช่วย ทำโน้นทำนี่ คิดว่าเค้าน่าจะเข้ามามีส่วนร่วมให้เยอะๆ...ก็ผู้ชายก็เป็น สาเหตุหนึ่งนะที่ทำให้ผู้หญิงเราต้องท้องแบบนี้ แล้วต้องไปทำแท้งอะไร อย่างนี้”

ผู้หญิงดูแลตัวเอง

ผู้หญิงส่วนหนึ่งจำเป็นต้องดูแลตัวเองในการเผชิญกับผลที่ตามมาจากการยุติการตั้งครรภ์ (ที่ไม่ปลอดภัย) ซึ่งได้แก่ ผลข้างเคียงจากการยุติการตั้งครรภ์ หรือการถูกประณาม โดยผู้ชาย ไม่จำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เนื่องจาก “สิทธิพิเศษของผู้ชาย” และ “ความจำยอมของผู้หญิง”

สิทธิพิเศษของผู้ชาย

การที่สังคมให้สิทธิพิเศษแก่ผู้ชายในการสามารถแสวงหาความสุขทางเพศ ได้อย่างอิสระ ไม่คาดหวังความรับผิดชอบของผู้ชายต่อผลของการแสวงหาความสุขทางเพศ ในทางตรงกันข้ามสังคมกลับประณามและคาดหวังเอาความรับผิดชอบจากผู้หญิงที่ต้องการมีความสุขทางเพศเช่นกัน ทำให้เมื่อเกิดผลอะไรก็ตามจากการยุติการตั้งครรภ์ ผู้หญิงบางส่วนจึงต้องเป็นผู้รับผิดชอบดูแลตัวเองโดยปราศจากคนรักมาดูแล ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“บางครอบครัวคือเค้าปลูกฝังให้ผู้ชายว่าถ้าเกิด ไปมีแฟนแล้วมีก็มันก็ไม่แปลก แต่ผู้หญิงทำแบบนั้นบ้างกลับใช้สรรพนามที่แย่ แบบสำส่อนไร แบบนี้ มันปลูกฝังให้ผู้ชายรู้สึกที่ตัวเองมีสิทธิเหนือกว่าผู้หญิง พอเกิดไรขึ้น ผู้ชายก็หายไป มีนะที่ไม่เคยเห็นผู้ชายมาดูแลดูดีเลย ผู้หญิงบอกไม่รู้มันหายไปไหนแล้ว”

“อาจจะเป็นด้วยค่านิยมของคนไทยที่ปลูกฝังกันมาที่ผู้ชายทำอะไรไม่ผิดมันจะ ผู้ชายไม่เสียหายถ้าผู้ชายทำผู้หญิงท้อง แต่ผู้หญิงเสียหายหากท้องมาอะไรอย่างเนี่ย เห็นมั๊ยคะคาราผู้หญิงที่ท้องสังคมก็ประณามกัน แต่เค้าไม่เห็นว่าคุณผู้ชายเลย ผู้หญิงถึงต้องปิดบังกันขนาดนั้น แล้วจะไม่ให้ปิดได้ ยังไงในเมื่อสังคมคอยประณามเสียขนาดนั้น..ปิดยังงี้ก็ต้องไปทำแท้ง พอทำมาเค้าก็ว่ากันอีก ใจร้าย สารพัด พอเป็นอะไร ใครจะมาดูแลได้ ผู้หญิงก็ต้องดูแลตัวเอง ผู้ชายที่ทำให้ท้องก็หายไป มีเยอะแบบนี้ที่เจอที่ผู้ชายไม่มาเลย”

ความจำยอมของผู้หญิง

โดยทางสรีระ ผู้หญิงเป็นบุคคลที่ต้องตั้งครรภ์ และเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ผู้หญิงจึงต้องยอมเผชิญสู่เพื่อให้ตัวเองรอดพ้นจากความกดดัน โดยการยุติการตั้งครรภ์ และยอมเผชิญกับการถูกตำหนิจากสังคมเมื่อการยุติการตั้งครรภ์นั้นถูกเปิดเผย ในทางตรงข้ามผู้ชายผู้

ซึ่งไม่ต้องแบกรับการตั้งครรภ์ จึงมีโอกาสปกปิดการกระทำของตนเอง โดยการปฏิเสธการกระทำนั้น ส่งผลให้ผู้หญิงต้องรับผิดชอบในการดูแลตัวเอง หรือยอมเผชิญกับการถูกดำเนินคดีเพียงผู้เดียว

“ส่วนมากจะมากับเพื่อนก่อนจนกว่าหมดตรวจเสร็จไปนอนที่เตียง แล้วเค้า(ผู้ชาย)ก็จะแอบเข้ามา...พอถามผู้หญิงบอกผู้ชายเค้าอายุ ริว่าบางรายที่มีมา บางทีก็ถาม(ผู้ชาย)เป็นแฟนคนไข้ไหม๊ เค้า(ผู้ชาย)ก็ตอบไม่ใช่ เป็นลูกพี่ลูกน้องบ้าง เป็นพี่บ้าง ไม่ยอมรับไง แบบบางทีผู้ชายก็แปลก ก็แบบเห็นเวลาคุยกันจะกระหนุงกระหนิง นอนหัวติดกัน พอถามผู้ชายถึงบอกไม่ใช่ แต่ผู้หญิงบอกใช่...พอผู้ชายบอกเราว่าไม่ใช่แฟนแล้ว ก็จะไม่ค่อยกล้ามาเฝ้ามาดูแลผู้หญิงแล้ว ใจ กลัวเรารู้ว่าเป็นแฟน...บางทีถ้าเกิดเราเป็นผู้หญิงมันก็น่าสนใจเหมือนกันนะทำให้เราท้องแล้วพอมารวมถึงไม่ยอมรับไง”

“ผู้ชายที่เคยเจอเค้าจะไม่ยอมรับว่าผู้หญิงเป็นแฟนเค้า จะบอกว่าเพื่อน แต่ผู้หญิงจะเป็นคนบอกว่านั้นแฟน...คือแบบประมาณผู้ชายเค้ากลัว กลัวพยาบาลจะคุ้ค่าหรือว่ากลัวหมอจะตำหนิอะไรประมาณนั้น แต่ผู้หญิงหลีกเลี่ยงไปไหนไม่ได้ ใจเจ็บขนาดนั้น ตกเลือดอยู่ ก็ต้องทน ต้องยอมให้คนอื่นว่าไปไหนไม่ได้”

การดูแลของผู้ชาย

การรับรู้ของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลที่ผู้ชายสามารถดูแลผู้หญิงเมื่อยุติการตั้งครรภ์ไม่ปลอดภัย และเกิดการแทรกซ้อนที่ทำให้ต้องนอนพักในโรงพยาบาล ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ การสังเกตอาการผิดปกติ และการคุมกำเนิด ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพต้องเป็นบุคคลที่ให้ข้อมูลแก่ผู้ชาย เนื่องจากผู้ชายไม่ทราบว่าต้องดูแลผู้หญิงที่มีอาการแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์อย่างไร

“ผู้ชายเค้าไม่เคยรู้หรือว่าการตั้งครรภ์หรือว่าตรงนี้ (ยุติการตั้งครรภ์) มันเสี่ยงหรือว่ามันทรมาณหรือว่ามันเจ็บแคไหน เค้ารู้แต่ว่ามันออกมาแล้ว บางทีพูดแบบนี้ก็น่าเอ็นดูผู้หญิงนะ...เรา(บุคลากรทางสุขภาพ)ต้องคุยให้เค้า(ผู้ชาย)ฟังว่าเป็นแบบนี้ร่างกายผู้หญิงเสี่ยงอะไรบ้าง อารมณ์เป็นแบบนี้ละ คุณต้องเข้าใจต้องช่วยเหลืออะไรบ้าง บางทีผู้ชายเค้าไม่รู้ละ ผู้ชายบางคนเค้าไม่รู้จริงๆนะ บางทีเค้าคิดว่าเป็นเรื่องปกติของร่างกายผู้หญิง”

การดูแลด้านร่างกาย

วิธีการยุติการตั้งครรภ์หรืออาการแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ ส่งผลกระทบต่อความต้องการพื้นฐานของผู้หญิง สิ่งที่คุณชายสามารถช่วยดูแลผู้หญิงได้ ได้แก่ ความสุขสบาย ความสะอาดของร่างกาย และการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ดังตัวอย่างคำพูดของบุคลากรทางสุขภาพ

“เหน็บยาแล้วปวด ก็ต้องดูแลนะ คนไข้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้อยู่แล้ว ปวด ทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงเค้าก็ต้องช่วย เปลี่ยนผ้าอนามัย เช็ดเนื้อเช็ดตัว ดูแลพวกนี้”

“คนไข้ที่เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดก็ต้องดูแล คนไข้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้อยู่แล้ว ปวด ทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงเค้าก็ควรช่วย เปลี่ยนผ้าอนามัย เช็ดเนื้อเช็ดตัว”

แม้ในเบื้องต้นผู้ชายอาจยังดูแลผู้หญิง ไม่ได้จากการที่ไม่มีประสบการณ์ บุคลากรทางสุขภาพสามารถช่วยแนะนำให้ผู้ชายดูแลผู้หญิงด้านร่างกายได้ ซึ่งเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ชายในการดูแลผู้หญิงวิธีหนึ่ง

“เปลี่ยนผ้าอนามัย เปลี่ยนเสื้อผ้า พาไปห้องน้ำ อะไรอย่างเนี่ย แรกๆอาจทำไม่เป็น แต่ว่าครั้งแรกอาจจะให้พยาบาลหรือผู้ช่วยไปช่วยสอน เค้าได้มีส่วนร่วมดูแลแฟนเค้า”

แม้มีบุคลากรทางสุขภาพช่วยดูแลความสะอาดด้านร่างกายแก่ผู้หญิง การดูแลโดยผู้ชายที่เชื่อว่าคนรักผู้หญิงจะรู้สึกดีมากกว่า จึงส่งผลให้บุคลากรทางสุขภาพรายนี้ส่งเสริมให้ผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้านร่างกายแก่ผู้หญิง

“พี่จะบอกเค้านะ ช่วยเช็ดตัวบ้าง เปลี่ยนผ้าอนามัยได้เพราะว่าเหมือนคนคนเดียวกัน ที่โรงพยาบาลมีคนช่วยก็จริง ยังไงคุณก็ต้องช่วยดูแลแฟนด้วย คุณค่าทางจิตใจที่ได้มันต่างกัน”

การดูแลด้านจิตใจ

การยุติการตั้งครรภ์นอกจากเป็นความเจ็บปวดทางกายแล้วยังเป็นความเจ็บปวดทางใจของผู้หญิง ซึ่งผู้หญิงต้องเผชิญกับสิ่งต่างๆที่สร้างความเจ็บปวดทางใจ เช่น ความกลัว การรักษา หรือกลัวการถูกตำหนิจากบุคลากร การได้รับการดูแลจิตใจจากชายคนรักจึงเป็นสิ่งที่ผู้หญิงต้องการ การดูแลด้านจิตใจประกอบด้วย การให้กำลังใจ การไม่ทอดทิ้ง และการพาไปทำบุญ

การได้รับกำลังใจจากชายคนรักในระหว่างการรักษาตัวจากภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพเห็นว่าเป็นสิ่งที่ผู้หญิงต้องการ ซึ่งการได้รับกำลังใจจากชายคนรักย่อมได้รับความรู้สึกที่ดีมากกว่าการได้รับกำลังใจจากบุคคลอื่น

“ควรจะดูแลด้านจิตใจคน เพราะว่าหนึ่งผู้หญิงเจ็บตัวแล้ว สภาพจิตใจต้องเจออะไรหลายๆสิ่งหลายอย่าง เผลอกับความกลัว กลัวหมอนว่า กลัวพยาบาลค่า ถ้าจำเป็นต้องไปขุดมดลูกคนไข้จะต้องไปขุดมดลูก ความรู้สึกมันเนี่ยจะต้องได้รับยาสลบตัวเองจะรู้สึกเจ็บมั๊ยอะ ไรมั๊ย ถามว่าตัวเองอยู่คนเดียวนะ ใจมันก็ฟ่อ เราก็อยากได้กำลังใจให้คนที่ทำให้เราเจ็บมันมาอยู่กับเรานะ เค้าก็ควรจะรับผิดชอบกับเราด้วย มันควรจะมากุดันนะคนเราส่วนใหญ่เจ็บป่วย ก็อยากได้กำลังใจกันทุกคนไม่ว่าจะเป็นอะไร”

“ต้องมาให้กำลังใจกัน เพราะคิดว่าคนอื่น เพื่อนก็คงไม่เท่ากับแฟนมาให้กำลังใจ”

การไม่ทอดทิ้งหรือการมีคนรักอยู่ข้างๆเป็นการดูแลด้านจิตใจอย่างหนึ่งที่ผู้ชายควรกระทำต่อผู้หญิง เนื่องจากทำให้ผู้หญิงมีกำลังใจ และเป็นการแสดงถึงความรับผิดชอบของผู้ชาย

“ถ้ามาแบบตัวคนเดียว จะเห็นผู้หญิงแบบเค้ารู้สึกแย่น้อยหนะคะ สภาพจิตใจเค้าจะคะ แต่ที่ว่าถ้ามีอย่างน้อยสามมี ถึงตอนนี้โอเคเราอาจจะไม่พร้อมมีลูก แต่อย่างน้อยมีสามมีอยู่ด้วย คนไข้ก็ได้มีกำลังใจ”

“บางทีพามาส่ง แทนที่จะอยู่เฝ้าก็ไม่อยู่เฝ้า ก็หายไป คิดว่าเค้าขาดความรับผิดชอบ ประมาณว่าเอาเล่นๆ ไม่จริงจัง”

ไม่ว่าศาสนาใดก็ตามการยุติการตั้งครรภ์ถือเป็นการทำลายชีวิต และการทำลายชีวิตถือว่าเป็นบาป ผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์จึงมีความรู้สึกผิด รู้สึกบาปต่อทารก ดังนั้นผู้ชายผู้มีส่วนร่วมในการทำให้เกิดการตั้งครรภ์หรือการยุติการตั้งครรภ์ควรมีส่วนร่วมในการพาผู้หญิงไปทำบุญ เพื่อให้ผู้หญิงมีความสุขสบายใจ

“คนที่ทำแท้งมาคือเค้ามีสภาพจิตใจแยอยู่แล้ว ถามว่าคนไข้ทุกคนรู้สึกผิด รู้สึกบาป คนไข้ทุกคนที่ถามเค้ารู้สึกผิด รู้สึกผิดมาก ส่วนใหญ่ทุกคนเค้าอยากกลับไปทำบุญให้ลูก มาถามว่าลูกที่ออกมาผู้หญิงผู้ชายจะได้ตั้งชื่อลูกแล้วเอาชื่อไปทำบุญให้ลูก คนไข้เค้าพูดของเค้าเอง ผู้ชายก็ต้องมีส่วนนะ ก็

“ทำให้เรื่องนี้มันเกิดขึ้นมา ก็ต้องดูแลผู้หญิงในจุดนี้ด้วย พาไปทำบุญทำ
ไร ได้สบายใจกัน”

การสังเกตอาการผิดปกติ

การสังเกตอาการผิดปกติจากการยุติการตั้งครรภ์ เป็นการดูแลที่ผู้ชายมี
บทบาทสำคัญ เนื่องจากเป็นช่วงที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้หญิง และความรู้สึกที่ผู้หญิงได้รับย่อมดีกว่า
การได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น ดังตัวอย่างคำพูดของบุคลากรทางสุขภาพ

“แฟนนี้อยู่ในสภาวะแบบนี้ละ น้องต้องดูแลเค้าละ มันเสี่ยงตกเลือดนะ
ก็ให้ข้อมูลเค้า.....ถ้ามีอาการ ผิดปกติอะไร ปวดมาก เลือดออกมาก ก็ต้อง
มาบอกพยาบาลนะคะ”

“ให้แฟนเค้าสังเกตอาการผิดปกติ ถ้าเกิด incomplete(แท้งค้าง)ถ้าเกิดคน
ไข้เลือดออกเยอะให้รีบแจ้งพยาบาล คนไข้หน้ามืดเป็นลมให้รีบมาแจ้ง
พยาบาล...แล้วพอเกิดแบบนี้ที่ความรู้สึกผู้หญิงด้วยกันก็อยากให้แฟนมา
ดูแลอยู่แล้ว ความรู้สึกดีกว่าคนอื่นมาดูแล”

การคุมกำเนิด

ผู้ชายควรเข้ามามีส่วนร่วมในการคุมกำเนิด เนื่องจากต้องอาศัยความ
ร่วมมือของทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ดังนั้นการให้คำแนะนำการคุมกำเนิดควรให้ข้อมูลทั้งผู้หญิงและ
ผู้ชาย ดังความคิดเห็นของบุคลากรทางสุขภาพ 2 รายนี้

“ผู้ชายต้องมามีส่วนร่วมด้วยกัน วิธีคุมกำเนิด เพราะว่าต่อไปไม่รู้ว่าจะ
เหตุการณ์อย่างนี้จะเกิดขึ้นอีกหรือเปล่า มันน่าจะได้อะไร เพราะบางทีถ้าเป็นฝ่าย
หญิงรู้คนเดียว แต่ผู้ชายไม่ตระหนักว่าเราต้องช่วยผู้หญิง มันก็ล้มเหลวเช่น
เพราะถ้าผู้หญิงล้มกินยาอะไร ก็อาจจะใส่ถุงยางเพื่อช่วยอีกทางหนึ่ง”

“การคุมกำเนิดเราจะบอกว่าต้องช่วยกัน ถ้าเกิดผู้หญิงบางคนเค้าจะกินยา
ไม่ได้ บางคนฉีดยาไม่ได้ ถ้าเธอใส่ถุงยางได้มัย เราก็จะบอกผู้ชาย”

จากที่สังคมกำหนดให้ผู้หญิงต้องตอบสนองความต้องการทางเพศแก่ผู้ชาย
เมื่อผู้ชายร้องขอ รวมทั้งต้องรับผิดชอบในการป้องกันการตั้งครรภ์อย่างการใช้วิธีคุมกำเนิด ทำให้
ผู้หญิง ไม่กล้าปฏิเสธหรือต่อรองให้ผู้ชายใช้วิธีคุมกำเนิด ส่งผลให้มีโอกาสในการตั้งครรภ์ไม่พึง
ประสงค์ได้สูง บุคลากรทางสุขภาพควรมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมในการ
คุมกำเนิด โดยเริ่มจากการให้ข้อมูลวิธีการคุมกำเนิดทั้งผู้หญิงและผู้ชาย

“จะให้คำแนะนำทั้งสองคนเลย พร้อมๆกัน ก็จะแนะนำเรื่องคุมกำเนิด เพราะผู้ชายมีความสำคัญในเรื่องนี้ ต้องให้เค้ารับรู้ถ้าเกิดตั้งครรภ์ไม่พร้อมแล้วไปทำแท้งมันอันตราย จะเป็นอันตรายกับผู้หญิงอย่างไรบ้าง ให้เค้าได้รู้ ได้คิด จะได้พยายามป้องกัน แล้วส่วนใหญ่ผู้ชายจะให้ผู้หญิงเป็นฝ่ายคุมกำเนิดอย่างเดียว ผู้ชายจะไม่ค่อยคุม เช่น การใส่ถุงยาง แล้วบางทีผู้หญิงก็ไม่กล้าปฏิเสธตรงนั้น ว่าแบบไม่อยากนอนด้วยหรือว่าให้แฟนใส่ถุงยาง อย่างมีคนหนึ่งแล้วว่าตัวเค้าเองกินยาคุมไม่ได้ เวียนหัวไรแบบนี้ แฟนก็ไม่ใส่อีกถุงยาง ก็ต้องมีอะไรกันแบบไม่ได้คุม... บางคนเค้าเล่าให้ฟังว่าแฟนเค้าไม่ใส่ถุงยางก็จะหลั่งนอก ถ้าพยาบาลมาพูดตรงนี้มันน่าดีขึ้น ให้ผู้ชายได้ใส่ถุงยางซึ่งปลอดภัยกว่าการหลั่งนอก”

รวมทั้งถุงยางอนามัยเป็นสัญลักษณ์ของความไม่เชื่อใจกันระหว่างคนรัก ทำให้ผู้ชายไม่ตระหนักถึงการใส่ถุงยางอนามัย การให้ข้อมูลการคุมกำเนิดแก่ทั้งผู้หญิงและผู้ชายจึงเป็นสิ่งสำคัญ

“การให้ข้อมูลคุมกำเนิดควรจะให้ทั้งคู่ เพราะว่า คือบางครั้งถ้าให้ผู้หญิงคนเดียวว่าให้แฟนคุณใส่ถุงยางอนามัยนะป้องกันทั้งโรคเอดส์ป้องกันทั้งการตั้งครรภ์นะ แต่ว่าผู้ชายไม่ได้รับทราบข้อมูลตรงนี้ด้วย แล้วถ้าเกิดผู้หญิงให้ผู้ชายใส่ถุงยางอนามัยเนี่ย ผู้ชายอาจคิดว่ามันเหมือนไม่เชื่อใจกัน แล้วก็เหมือนว่าผู้หญิงมีอะไรหรือเปล่า ทำไมถึงต้องใส่ถุงยาง เพราะถ้าเป็นแฟนกันไม่จำเป็นต้องใส่ แต่ถ้าเค้าไปเที่ยวเค้าถึงต้องใส่ ผู้ชายเค้าจะคิดอย่างนี้ ต้องให้ข้อมูลทั้งคู่เค้าจะได้เข้าใจกัน”

นอกจากผู้ชายไม่ตระหนักถึงการใส่ถุงยางอนามัย เพราะเชื่อว่าถุงยางอนามัยจะเป็นสัญลักษณ์ของความไม่เชื่อใจกันแล้ว การที่สังคมไม่ได้ปลูกฝังให้ผู้ชายแสวงหาความรู้เรื่องคุมกำเนิดเท่าใดนัก ยังทำให้ผู้ชายส่วนหนึ่งไม่สนใจหรือเห็นความสำคัญของการรับฟังการให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ส่งผลให้ผู้หญิงยังคงต้องเป็นฝ่ายรับภาระในการคุมกำเนิด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ซ้ำ ดังเช่น ประสบการณ์ของบุคลากรทางสุขภาพรายนี้

“บางทีถ้าเราไม่ได้ให้ข้อมูลผู้ชาย ผู้ชายไม่ค่อยจะให้เราคุย บอกไปโน่นนี่มั้ง เพราะฉะนั้นถ้าเราให้ข้อมูลคนไข้ได้ก็ให้ไปก่อน คือบางครั้งเหมือนคนไข้ที่เคยคุยกัน คือคุยกับคนไข้แล้วคนไข้ก็บอกว่าแฟนเค้าไม่โอเคที่จะใส่ถุงยางอนามัย เพราะเค้าถือว่าเหมือนกับว่าไม่เชื่อใจกันอะไรอย่างนี้ ก็

เลยกลายเป็นล้มเหลว เพราะฉะนั้นเราก็คู่กับคนไข้ไปก่อนเลย ให้เค้าคุม ให้เค้าป้องกันตนเอง”

อย่างไรก็ตาม จากที่สังคมปลูกฝังให้ ‘การคุมกำเนิดเป็นหน้าที่ของผู้หญิง’ และผู้ชายสามารถแสวงหาความสุขทางเพศได้อย่างอิสระโดยไม่ต้องรับผิดชอบผลของการแสวงหาความสุขทางเพศเท่าใดนัก ทำให้ผู้ชายมักไม่ค่อยให้ความสนใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ รวมถึงบุคลากรทางสุขภาพที่อยู่ภายใต้การปลูกฝังของสังคมเดียวกันนี้ ทำให้บุคลากรสุขภาพบางส่วนเน้นให้ข้อมูลการคุมกำเนิดเฉพาะผู้หญิง โดยลืมนำผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้เป็นการกันผู้ชายออกจากการมีส่วนร่วมรับผิดชอบไปโดยไม่รู้ตัว และเป็นการผลักภาระให้ผู้หญิงต้องรับผิดชอบในการคุมกำเนิดแต่เพียงผู้เดียว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ส่วนมากจะให้คำแนะนำคุมกำเนิดกับผู้หญิง ... แบบบางที่ผู้ชายไม่อยู่ บ้างไรบ้าง ผู้หญิงเค้าก็โอเคนะที่จะคุมรีว่าทำมันเอง ผู้ชายสมมติหรือราย ไม่มีเลยซักรายที่จะบอกทำมันเอง..ผู้ชายบางคนเค้าบอกว่าถ้าใส่ถุงยาง นั้นมันไม่รู้สึกละเท่าไรเกี่ยวกับความรู้สึกทางเพศ คือเค้าก็จะไม่ใส่เราก็ ต้องให้ผู้หญิงเป็นคนคุมเอง”

“ส่วนใหญ่จะสอนผู้หญิง เวลาไปแจกยา ฉีดยา บางทีแฟนเขาไม่อยู่อะไร อย่างนี้ ไม่ค่อยได้แนะนำผู้ชายเท่าไร... ไม่รู้เหมือนกัน ให้คำแนะนำ ผู้หญิงสะดวกกว่า”

กล่าวได้ว่า ประสบการณ์ของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการร่วมดูแลกันของผู้ชายไม่ว่าจะเป็นเหตุผลจาก ทำด้วยกัน ผู้ชายทำ หรือ เพราะผู้หญิงเจ็บ เป็นทักษะที่ส่งผลให้เกิดความเสมอภาคระหว่างหญิงชายในการที่ส่งเสริมให้ผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้หญิง ไม่ปล่อยให้ผู้หญิงต้องรับภาระแต่เพียงผู้เดียว จากที่ผู้หญิงต้องรับภาระในการตั้งครรภ์และพาร่างกายตัวเอง ไปยุติการตั้งครรภ์ โดยมีเหตุผลภายใต้การตัดสินใจที่แตกต่างกันไป รวมทั้งต้องเผชิญกับอาการแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย และการถูกต่อว่า ตีฉุน นินทา เป็นต้น โดยผู้ชายสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้หญิงโดยการ การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ การสังเกตอาการผิดปกติ และการคุมกำเนิด อย่างไรก็ตามจากกระบวนการขัดเกลาก่อนที่สังคมที่ขัดเกลามาและปลูกฝังถึงแนวคิดชายเป็นใหญ่ที่ให้สิทธิพิเศษแก่ผู้ชายในเรื่องเพศ และความจำยอมของผู้หญิงที่โดยสรีระเป็นผู้ตั้งครรภ์ ทำให้เป็นการเปิด โอกาสให้ผู้ชายซึ่งไม่ใช่ผู้ตั้งครรภ์หลบหลีกหรือไม่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้หญิง ผู้หญิงจึงต้องจำยอมดูแลตัวเอง

มุมมองการยุติการตั้งครรภ์ที่แตกต่าง

ทัศนคติที่มีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่เพียงประสงค์ของบุคลากรทางสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังที่ปรากฏในประเด็นที่ 1 ประสบการณ์ของบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งมีทั้งการมีมุมมองที่ผู้ชายควรร่วมดูแลผู้หญิง และการมีมุมมองที่ให้ผู้หญิงดูแลตัวเอง โดยผู้ชายไม่ต้องร่วมดูแล ซึ่งมุมมองที่แตกต่างนี้ มีผลมาจากการมีมุมมองที่ต่างกันเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ ได้แก่ การมีมุมมองที่ “เข้าใจ” ในประเด็นการยุติการตั้งครรภ์ โดยเข้าใจในเหตุผลของผู้หญิงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ และ การมี “อคติ” ต่อผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยการไม่พึงเสียงผู้หญิง

เข้าใจ: ผู้หญิงมีเหตุผลของตัวเอง

ความเข้าใจ คือ ความเข้าใจในเหตุผลภายใต้การตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ของผู้หญิง

คนในสังคมรวมถึงพ่อแม่มักคาดหวังกับลูกสาวว่าต้องปฏิบัติตนเป็นผู้หญิงที่ดี งดการอบของสังคมไทยกำหนดไว้ ซึ่ง ได้แก่ การ ไม่มีเพศสัมพันธ์ หรือตั้งครรภ์ในวัยเรียน หรือก่อนสมรส ทำให้ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์นอกกฎเกณฑ์การเป็นผู้หญิงที่ดี ต้องพยายามปกปิดการตั้งครรภ์นั้นไว้ไม่ให้ใครรู้ ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติในสังคม วิธีปกปิดการตั้งครรภ์ที่ผู้หญิงที่ไม่มีทางออกมักเลือกคือการยุติการตั้งครรภ์ บุคลากรทางสุขภาพส่วนหนึ่งเข้าใจในเหตุผลทางสังคมนี้ที่ทำให้ผู้หญิงต้องยุติการตั้งครรภ์ เพราะไม่มีผู้หญิงคนใดที่ต้องการตั้งครรภ์เพื่อไปยุติการตั้งครรภ์ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ผู้หญิงเค้าต้องทำให้ตัวเองพ้นจากสภาพนั้นไป ให้ไปเรียนหนังสือได้ ให้ทุกคนไม่รู้ ให้พ่อแม่สบายใจ”

“ผู้หญิงเค้ามีเหตุผล เค้าจำเป็นต้องทำ ส่วนใหญ่มีปัญหาทั้งนั้น ไม่งั้นไม่มีใครยุ่งก็มาทำแห้งหรอก”

การจะเข้าใจผู้หญิงที่เลือกการยุติการตั้งครรภ์เป็นทางออกของปัญหา ต้องอาศัยเวลาในการพูดคุยกับผู้หญิง จะทำให้เข้าใจในเหตุผลของผู้หญิง ที่ความคาดหวังของสังคมบีบบังคับให้ผู้หญิงต้องตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ ไม่ควรตัดสินผู้หญิงเพียงเพราะทำผิดกฎที่สังคมตั้งไว้

“แรกๆไม่เข้าใจว่าทำไมเขาถึงต้องทำร้ายตัวเองขนาดนี้ พอหลังๆเราอยู่กับเขานานๆทำงานนานๆคุยกับเขา(ผู้หญิง)มากๆ รู้ว่าปัญหามันซับซ้อน มันเป็นภาวะจิตใจที่บางทีเราเราไม่รู้ลึก ไม่ว่าปัญหาทางจิตใจของเขาจริงๆเป็นยังไง...บางทีภาระตรงนี้ถ้าเค้าไม่พร้อมจริงๆมันก็ยากที่จะเลี้ยงดูเด็กสักคนหนึ่ง ถ้ายังพ่อแม่หรือญาติพี่น้องไม่รับตรงนี้แล้ว มีปัญหาครอบครัวเยอะนะ...แล้วถ้ายังอยู่ในวัยเรียน กำลังเรียน กำลังสอบอยู่ แล้วมาตั้งครรภ์เค้าก็เครียดนะ เค้าไม่มีทางออก”

แม้การยุติการตั้งครรภ์เป็นการกระทำที่สังคมระบุว่า เป็นสิ่งที่ผิดศีลธรรม แต่ความผิดทางศีลธรรมควรมีข้อยกเว้น เมื่อผู้หญิงมีความจำเป็นที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากผู้หญิงมีเหตุผลตามบริบทของตัวเอง ดังคำพูดของบุคลากรทางสุขภาพรายนี้

“บางทีมันอาจจะค้านกับจริยธรรม ศีลธรรม แต่ว่ามันจำเป็นสำหรับผู้หญิงบางคน ต้องยกเว้นบ้าง ผู้หญิงมีเหตุผลของเค้า”

การที่บุคลากรทางสุขภาพมีความเข้าใจในเหตุผลที่ผู้หญิงต้องยุติการตั้งครรภ์ จะแสดงพฤติกรรมยอมรับผู้หญิงกลุ่มนี้ และไม่ต้องทำให้ผู้หญิงเผชิญความทุกข์แต่เพียงผู้เดียว แต่จะส่งเสริมให้ผู้ชายผู้ซึ่งร่วมกระทำด้วยกันมาเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาจากผลที่ตามมาจากการยุติการตั้งครรภ์ ส่งผลให้ผู้หญิงมีความรู้สึกที่ดีกับบุคลากรทางสุขภาพ และกล้าระบายความรู้สึก และปัญหาต่างๆกับบุคลากรทางสุขภาพ

“ถ้าเราเข้าใจในเหตุผลของเค้า มีทัศนคติที่ดี ก็จะมีใจอยากจะช่วยเหลือ เราก็ได้พูดคุยหัวเราะยิ้มแย้มกับเค้ามากขึ้น เค้าก็ได้ระบายความรู้สึกของเค้า เค้าก็มองภาพเราเปลี่ยนไป เค้าจะรู้สึกดีกับเจ้าหน้าที่มากขึ้นว่า เจ้าหน้าที่ไม่ได้อคติกับเค้า เค้าก็พยายามระบายความไม่สบายใจอะไรออกมากขึ้น...เราก็ออกใจเค้ามากขึ้น แล้วก็อยากให้เห็นเค้าเข้าคุยด้วยกัน มีอะไรก็จะแนะนำเค้าทั้ง 2 คน ให้ดูแลกัน ช่วยกัน เพราะผู้หญิงเค้าก็ทุกข์มากแล้ว”

จะเห็นได้ว่าความเข้าใจของบุคลากรทางสุขภาพที่เข้าใจถึงเหตุผลภายใต้การตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ของผู้หญิง ทำให้บุคลากรทางสุขภาพมีทัศนคติที่ดีต่อผู้หญิงกลุ่มนี้ ทำให้ผู้หญิงกลุ่มนี้มีที่พึ่ง รวมถึงผู้หญิงไม่ต้องรับภาระแต่เพียงผู้เดียวจากการที่บุคลากรทางสุขภาพได้ส่งเสริมให้ผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้หญิง

อคติ: ไม่ฟังเสียงผู้หญิง

บุคลากรทางสุขภาพส่วนหนึ่งไม่ฟังเสียงผู้หญิง กล่าวคือ ไม่รับฟังข้อเรียกร้อง เหตุผลของผู้หญิงในการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งอยู่นอกเหนือกฎของสังคม ได้แก่ กฎระเบียบ/กฎหมาย ศาสนา ความเชื่อ หรือวัฒนธรรม ทำให้เสียงของตัวเองที่สอดคล้องกับกฎเกณฑ์ของสังคมดังกล่าว ส่งผลให้บุคลากรทางสุขภาพใช้ตัวเองเป็นศูนย์กลางของการตัดสินใจ หรือให้บริการ

การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของกฎหมายหรือสถานพยาบาล สถานพยาบาลไม่สามารถยุติการตั้งครรภ์ให้ผู้หญิงได้ และบุคลากรทางสุขภาพมักใช้ทัศนคติ

ความคิด ความเชื่อของตัวเองและสังคมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ว่า เมื่อตั้งครรภ์ต้องดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไป จึงส่งเสริมการให้ดำเนินการตั้งครรภ์มากกว่าการให้ทางเลือกอื่นแก่ผู้หญิง แม้จะทราบว่าสุดท้ายแล้วผู้หญิงต้องพยายามหาทางออกโดยการยุติการตั้งครรภ์(ที่ไม่ปลอดภัย) และผู้หญิงกลุ่มนี้มักกลับมาด้วยอาการแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ ดังตัวอย่างคำพูดที่สะท้อนถึงทัศนคติเหล่านี้

“ถ้าเค้าไม่แท้งเราก็ให้คำแนะนำเรื่องการANC(ฝากครรภ์) ถ้าเราคุยแล้วเค้ายืนยันที่จะเอาออก เราก็จะประสานกับ OSCC (one stop crisis center) ของโรงพยาบาล ให้เค้ามาช่วยคุยอีกครั้ง..จริงๆแล้วคืออยากให้เค้าตั้งครรภ์ต่อ...หลังจากแนะนำอะไรหมดแล้วเค้ายืนยันที่จะทำจริงๆ แต่ไม่เข้าเกณฑ์ที่ทำได้ของโรงพยาบาล ก็ให้คนไข้กลับไป เค้ากลับไปส่วนมากจะกลับไปทำแท้ง...กลับมาที่เราอีกทีก็แบบตกเลือดมา...เรารู้สึกว่าเราให้ทางเลือกกับเค้าแล้วซึ่งน่าจะเป็นทางเลือกที่ดี แต่เค้าไม่เลือกเราก็บังคับเค้าไม่ได้”

“เราทำให้ไม่ได้ เค้ากลับไปทำเองแล้วกลับมาอีกรอบด้วยอะไรก็แล้วแต่ คือมันเป็นอะไรที่เราไม่สามารถสามารถแทรกถูกระเบียบได้ แต่เรารู้อยู่แล้ว เค้าคิดรณ ยังไงเค้าก็ต้องทำ”

“เคยมีคนไข้แบบอายุเยอะแล้ว ประมาณว่ามีลูกมาห้าคนแล้ว ท้องนี้ประมาณว่าสามมีมีเมียน้อย เลิกกับสามี ทำแท้งแล้วปวดท้องมีเลือดออก มาโรงพยาบาล พอตรวจแล้วเด็กยังอยู่ ก็ร้องให้พุ่มพ่ายจะขอให้เอาเด็กออก เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยมาคุยให้เก็บเด็กไว้ คนไข้ก็ไม่ยอมจะทำแท้ง ก็ปล่อยกลับบ้านไป ตอนหลังเค้าไปทำแท้งใหม่ มาโรงพยาบาลประมาณว่าเลือดออกมาก แล้วก็ dead...ถ้าตรงนี้เราให้ข้อมูลไปแล้วคนไข้ไม่รับเนี่ย บางทีเราก็ทำอย่างอื่นไม่ได้”

“ผู้หญิงเค้าอยากทำมาก พอชาวค์(อัลตราซาวด์)แล้วบอกเค้าว่าเด็กยังอยู่ ให้รอจะเข้าไปฝากครรภ์พบหมอที่คลินิกฝากครรภ์ แป๊บเดียวหนีกลับไปเลย”

การยุติการตั้งครรภ์เปรียบเสมือนการทำลายชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่ศาสนาระบุว่าเป็นบาป โดยเฉพาะอาชีพทางด้านสุขภาพ เช่น หมอ พยาบาล ที่ถูกสอนโดยสังคมว่าเป็นอาชีพที่ช่วยชีวิต ไม่ใช่ทำลายชีวิต ด้วยหลักเกณฑ์ทางศาสนาทำให้บุคลากรสุขภาพบางส่วนลืมนึกถึงฟังเหตุผล ความจำเป็น หรือเสียงของผู้หญิง จนปฏิเสธการให้ทางเลือกแก่ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ นอกจากการดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไป

“เรานับถือศาสนาพุทธ การทำแท้งมันเป็นสิ่งที่ผิด มันไม่ถูกต้องกับวัฒนธรรมที่เราสั่งสมมาว่าเรานับถือศาสนาพุทธ ศาสนาสอนเราว่าไม่ฆ่าสัตว์ตัดชีวิต... หมอ

กับพยาบาลเรียนมาเพื่อช่วยชีวิตคน ไม่ได้เรียนมาเพื่อฆ่าคน ถ้าเด็กยังอยู่ที่แนะนำ ผ่าครรภ์ ยังมีบ้านลูกเงิน”

“ไม่แนะนำ ไม่ให้คำปรึกษาเรื่องนี้(การยุติการตั้งครรภ์) จะแนะนำว่าเท่ากับเราฆ่าคนนะ บ่าปนะ จะเน้นคำว่าบาปอะไรแบบนี้ ถ้าเค้าอยากทำ(ยุติการตั้งครรภ์) รับไม่ได้ มันเหมือนฆ่าคน เพราะเวรกรรมมีจริงนะ มันนึกถึงเรื่องบาปบุญ มันมีผลนะ เคยเจอแบบ อาจจะคิดไปเองแต่ไม่รู้ละ หมอที่เค้าทำเรื่องนี้(ยุติการตั้งครรภ์) เค้าจะโดนเรื่องนี้บ่อยคือ หนึ่งคลอดลูก ลูกตัวเองตาย แล้วเวลาทำคลอดคนไข้เนี่ย จะมีปัญหาเด็กเสีย เด็กพิการ แล้วก็โดนฟ้องร้อง”

“บางทีเราจะเสี่ยงไปว่า...แบบมันไม่สมควรที่จะแนะนำเค้า(แนะนำการยุติการตั้งครรภ์) เพราะบางทีในใจเราไม่ยอมให้คุณไปทำ แล้วก็คนที่แนะนำให้ไปทำ มันมันก็เหมือนบาปติดตัวเราอย่างนั้น เวลาพูดจะพยายามยกตัวอย่างคนที่เคยทำไปแล้ว แล้วมีผลอะไรบ้าง เรื่องความเชื่อ เรื่องบุญหรือบาป...จะบอกเค้าตั้งท้องต่อ ยังมีบ้านพักลูกเงิน สถานสงเคราะห์ต่างๆ มีโครงการเงินช่วยเหลือค่าเลี้ยงดู เดือนละ 1,000 บาทให้ 1 ปี”

อย่างไรก็ตามในกรณีที่เป็นลูกหรือญาติพี่น้องของบุคลากรทางสุขภาพเอง เสียงของผู้หญิงกลับกลายเป็นเสียงที่ดัง บุคลากรทางสุขภาพพยายามปรับทัศนคติและหันกลับมาฟังเสียงหรือข้อเรียกร้อง/เหตุผลของผู้หญิง โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้หญิงกำลังศึกษาอยู่ แม้รู้ดีว่าการยุติการตั้งครรภ์จะเป็นบาปก็ตาม ดังตัวอย่างคำพูดของบุคลากรทางสุขภาพ 2 รายนี้

“ถ้าเรามาย้อนกลับไปที่เด็กคนนั้นคือลูกหลานของเราเธอ และเค้ายังเป็นนักเรียนนะ...เราก็จะต้องอะ ไข่ ก็คงหาวิธีทาง เพราะว่อนาคตของเค้าไข่ม้อย หาแหล่งที่ปลอดภัยให้ทำ(ยุติการตั้งครรภ์)...เราก็ต้องยอมนะ รู้ว่าบาปแต่ว่านะอนาคตของเค้า”

“ถ้าลองย้อนนึกถึงตัวเองเกิดเหตุการณ์อย่างนี้ กับคนใกล้ตัวน้องสาวญาติพี่น้องเรา เราจะทำยังไง...ก็เคยเอาคำถามนี้มาถามตัวเอง ก็ต้องพยายามปรับเปลี่ยนทัศนคติของตัวเอง ถ้าเอาไว้ไม่ได้จริงๆก็ต้องเอาออกแหละนะ”

บุคลากรทางสุขภาพส่วนหนึ่งมีทัศนคติว่าผู้หญิงที่เคยยุติการตั้งครรภ์แล้ว หรือทราบการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยแล้ว ทำให้ครั้งต่อไปจะไม่พยายามป้องกันการตั้งครรภ์ และเมื่อตั้งครรภ์ทำให้ต้องยุติการตั้งครรภ์อีกเป็นวงจรไปเรื่อยๆ จึงไม่พยายามให้ทางอื่น นอกจากการดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไป ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“จะไม่แนะนำ(การยุติการตั้งครรภ์) ก็กลัว กลัวว่าต่อเค้าจะทำอีก เดี่ยวต่อไปฉันก็จะทำอีก ไปทำแท้งอีกเรื่อยๆ อะไรแบบนี้แหละก็ไม่คิดจะแนะนำ ถ้าเด็กยังอยู่ก็ให้ฝากท้อง”

“ถ้าอยากทำแท้งก็ไม่แนะนำต่อ มันเหมือนคาบสองคม ก็คือถ้าแนะนำยอมรับให้เค้าทำแท้ง แล้วแบบแนะนำแหล่งที่เค้าทำให้ไป แล้ว ให้เค้าทำในที่ปลอดภัยแล้วกลัวว่าพอตั้งครรภ์ก็มีเพศสัมพันธ์ ตั้งครรภ์ไปเหมือนเดิม ไปแบบเดิม ไม่คิด ไม่ตระหนัก ว่าต้องแก้ปัญหาตรงนี้อย่างไร”

“ถ้าแนะนำมันอิสระเกินไป ถ้าครั้งนี้ได้ทำแล้ว(ยุติการตั้งครรภ์) ต่อไปมีอะไรกับแฟนก็ไม่ต้องคุม สำส่อนกันอยู่นั้นแหละ”

บุคลากรเป็นบุคคลในสังคมเช่นกันที่ถูกวัฒนธรรมของสังคมชายเป็นใหญ่ขัดเกลาให้มีความเชื่อหรือมุมมองตามที่สังคมตั้งกฎให้ผู้หญิงอยู่ในกรอบที่สังคมคาดหวัง กล่าวคือการไม่ให้ผู้หญิงมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน หรือการไม่ตั้งครรภ์ก่อนสมรส โดยเฉพาะผู้หญิงที่อยู่ในวัยเรียน แต่ผู้ชายสามารถมีอิสระในการแสวงหาความสุขทางเพศ ถ้าผู้หญิงยอมให้มีพฤติกรรมเหล่านั้นเกิดขึ้น แสดงถึงการเป็นผู้หญิงรักสนุก หรือผู้หญิงไม่ดี ซึ่งทำให้คนในสังคมรวมทั้งบุคลากรทางสุขภาพมักมีอคติ และลงโทษผู้หญิงกลุ่มนี้ โดยการให้รับผิดชอบดูแลตัวเอง ซึ่งแม้แต่ชายคนรักก็ไม่จำเป็นต้องเข้ามาดูแล

“บางทีก็เบื่อเหมือนกัน พวกทำแท้งมาแบบว่านักเรียนอะไรอย่างนี้ก็ไม่ค่อย happy เท่าไหร่ ไม่ชอบ...เราก็ดูแลทั่วๆ ไป ทำไรมากไม่ได้ ต้องปลงว่าเออมันเป็นวิถีชีวิตของเขาแล้วแต่เขา เค้าทำตัวเอง จะไปอะไรกับเขามากไม่ได้...ส่วนใหญ่เพราะเค้ารักสนุกมักจะ ส่วนใหญ่เป็นแบบไม่ค่อยดีเท่าไร ผู้ชายที่ไหนจะรักจริงถ้าเจอผู้หญิงแบบนี้”

“ส่วนมากวัยรุ่นอยู่กับแฟนเค้าสองคน ดูไม่ดีเลย แล้วแบบใส่กางเกงขาสั้น อยู่ดีๆ ทำแท้งมาเราก็นะ ไม่ชอบ เค้าเป็นโรคที่เค้ากระทำตัวเอง เป็นผู้หญิงต้องรักนวลสงวนตัวก็ไปยอมผู้ชายเค้าแล้ว ก็ต้องดูแลตัวเองไป (หัวเราะ)”

จะเห็นได้ว่าการมี “อคติ” ต่อผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยการไม่ฟังเสียงผู้หญิง จะส่งผลให้บุคลากรทางสุขภาพใช้มุมมองของตัวเองที่ได้รับอิทธิพลจากการขัดเกลาของสังคม อันได้แก่ กฎระเบียบ/กฎหมาย ศาสนา ความเชื่อ หรือวัฒนธรรม ในการตัดสินใจหรือเลือกทางเดินให้ผู้หญิงซึ่งบางครั้งอาจไม่ใช่สิ่งที่ผู้หญิงต้องการ เช่นการพยายามให้ผู้หญิงตั้งครรภ์ต่อไป รวมถึงผู้หญิงจะถูกผลักให้รับผิดชอบผลของการกระทำที่เกิดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์แต่เพียงผู้เดียว หรือดูแลตัวเอง เช่น การเผชิญกับผลข้างเคียงจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือการถูกตีตราว่าเป็นผู้หญิงรักสนุก หรือผู้หญิงไม่ดี เป็นต้น

การอภิปรายผล

ประสบการณ์ของบุคลากรทางสุขภาพ และ มุมมองการยุติการตั้งครรภ์ที่แตกต่าง ปรากฏขึ้นจากการสัมภาษณ์บุคลากรทางสุขภาพอื่น ได้แก่ พยาบาล แพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และมีภาวะแทรกซ้อนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การอภิปรายผลอภิปรายตามผลที่ปรากฏขึ้นของการศึกษาค้างนี้

ประสบการณ์ของบุคลากรทางสุขภาพ

ประสบการณ์ของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ในการศึกษาครั้งนี้มีประเด็นที่เกิดขึ้นทั้งหมด 3 ประเด็น คือ ร่วมดูแลกัน ผู้หญิงดูแลตัวเอง และการดูแลของผู้ชาย

ร่วมดูแลกัน

ไม่ว่าบุคลากรทางสุขภาพจะมีเหตุผลอย่างไรต่อการร่วมดูแลกัน หรือการที่ผู้ชายต้องร่วมดูแลผู้หญิงเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งอาจจะมีเหตุผลจาก ทำด้วยกัน ผู้ชายทำ หรือ ผู้หญิงเจ็บ จากการศึกษาครั้งนี้กล่าวได้ว่าการร่วมดูแลผู้หญิงเป็นการกระทำอย่างหนึ่งที่แสดงถึงความรับผิดชอบของผู้ชาย โดยเหตุผลทั้ง 3 ประเด็น เป็นมุมมองที่คำนึงถึงความเสมอภาคทางเพศ (gender equity) ซึ่งการทำด้วยกัน หรือการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ร่วมกันของผู้หญิงและผู้ชาย ดังนั้นการยุติการตั้งครรภ์ซึ่งเป็นผลมาจากการมีเพศสัมพันธ์นั้นจึงถือว่าเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทั้งสองฝ่ายเช่นกัน โดยเฉพาะเมื่อเกิดอาการแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ในทำนองเดียวกันการที่ผู้ชายเป็นฝ่ายเริ่มต้นหรือก่อให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ (ผู้ชายทำ) ผู้ชายควรร่วมรับผิดชอบต่อผลของการกระทำ นั่นคือร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้หญิง รวมถึงเมื่อผู้หญิงต้องเผชิญความเจ็บปวดกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการยุติการตั้งครรภ์ ผู้ชายควรดูแลผู้หญิงเช่นกัน จากที่ผู้ชายเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงต้องเผชิญกับความเจ็บปวดนั้น โดยบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ที่เหมาะสมในการกระตุ้นให้ผู้ชายตระหนักถึงการดูแลผู้หญิง หรือส่งเสริมให้ผู้ชายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้หญิง ซึ่งสิ่งเหล่านี้แสดงถึงความยุติธรรมต่อทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ดังที่การประชุมว่าด้วยประชากรกับการพัฒนา (International Conference on Population and Development หรือ ICPD'94) ได้ระบุเนื้อหาไว้ในแผนปฏิบัติการ (Program of Action หรือ ICPD PoA) ว่าควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ชายในอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ซึ่งรวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ชายมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการมีความสัมพันธ์ทางเพศ กล่าวคือผู้ชายไม่เพียงเฉพาะจะแสวงหาความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์ แต่ต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อผลของการกระทำ

นั้นด้วย (UNFPA, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของชัชเวช (Chatchawet, 2009) ซึ่งศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้ระเบียบวิธีการเล่าเรื่องตามแนวคิดสตรีนิยม (feminist narrative) ศึกษาในผู้หญิงและผู้ชายที่มีประสบการณ์การยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ในมุมมองความเสมอภาคทางเพศพบว่า การที่ผู้หญิงและผู้ชายมีความรักต่อกัน ใช้ชีวิต และมีเพศสัมพันธ์ร่วมกัน เมื่อเกิดทุกข์จากการต้องยุติการตั้งครรภ์ ผู้หญิงและผู้ชายควรเผชิญปัญหาหรือร่วมทุกข์ด้วยกัน นอกจากนี้การตั้งครรภ์เกิดขึ้นจากการมีเพศสัมพันธ์ของคนสองคนถึงแม้จะมีความสุขร่วมกันหรือไม่ก็ตาม ทั้งผู้หญิงและผู้ชายควรร่วมกันรับผิดชอบต่อการยุติการตั้งครรภ์ซึ่งเป็นผลมาจากการมีเพศสัมพันธ์นั้น รวมทั้งการที่ผู้ชายมักเป็นฝ่ายเริ่มต้นหรือทำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นผู้ชายควรรับผิดชอบต่อผลของการกระทำ นั่นคือรับผิดชอบเป็นพ่อยอมให้ลูกในครรภ์เกิดมา ไม่ใช่แต่เพียงผู้หญิงเป็นฝ่ายรับผิดชอบในการเป็นแม่ของลูกในครรภ์เท่านั้น

ผู้หญิงดูแลตัวเอง

ในทางตรงกันข้ามผู้หญิงส่วนหนึ่งจำเป็นต้องดูแลตัวเองในการเผชิญกับผลที่ตามมาจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งได้แก่ ผลข้างเคียงจากการยุติการตั้งครรภ์ หรือการถูกประณามโดยผู้ชายไม่จำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งสะท้อนถึงความไม่เสมอภาคทางเพศ (gender inequity) หรือ อคติทางเพศ (gender bias) ที่สังคมใช้มาตรฐานเชิงซ้อนทางเพศ (sexual double standard) ในการปฏิบัติต่อผู้หญิงและผู้ชาย กล่าวคือการใช้สิทธิพิเศษแก่ผู้ชายในการสามารถแสวงหาความสุขทางเพศได้อย่างอิสระ โดยไม่คาดหวังความรับผิดชอบต่อผลของการแสวงหาความสุขทางเพศ ในทางตรงกันข้ามสังคมกลับประณามและคาดหวังเอาความรับผิดชอบต่อผู้หญิงที่ต้องการมีความสุขทางเพศ ส่งผลให้เมื่อเกิดผลที่ตามมาจากการยุติการตั้งครรภ์ ผู้หญิงบางส่วนจึงต้องเป็นผู้รับผิดชอบดูแลตัวเองโดยปราศจากคนรักมาดูแล เช่นเดียวกับการศึกษาของ กนกวรรณ ธรววรรณ (2545) ที่ผู้ชายผู้ซึ่งเป็นคนรักของผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ไม่ค่อยได้มีบทบาทหรือมีส่วนร่วมในการดูแลผู้หญิง รวมถึงผู้ชายส่วนหนึ่งไม่แสดงความรักเมื่อผู้หญิงตั้งครรภ์ ทำให้ครรถ์นั้นกลายเป็นครรถ์ที่ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ชัชเวช (Chatchawet, 2009) พบว่า สังคมมักประณามและคาดหวังเอาความรับผิดชอบต่อผู้หญิงที่ 'ยอม' ให้มีเพศสัมพันธ์เกิดขึ้น โดยเฉพาะผู้หญิงที่กำลังเรียนหรือผู้หญิงที่ยังไม่แต่งงาน ทำให้ผู้หญิงต้องตกอยู่ในสภาพจำยอมรับผิดชอบต่อผลของการมีความสุขทางเพศ หรือการตั้งครรภ์แต่เพียงผู้เดียว โดยสังคมไม่ประณามหรือคาดหวังความรับผิดชอบต่อผลที่เกิดจากการแสวงหาความสุขทางเพศของผู้ชายแต่ผู้ชายกลับได้รับคำชมเชยว่าเก่ง

สิ่งที่สะท้อนถึงความไม่เสมอภาคทางเพศอีกประเด็นหนึ่งคือ โดยทางกายภาพผู้หญิงเป็นบุคคลที่ต้องตั้งครรรค์ และเมื่อเกิดการตั้งครรรค์ไม่พึงประสงค์ ผู้หญิงจึงต้องยอมเผชิญเพื่อให้ตัวเองรอดพ้นจากความกดดัน โดยการยุติการตั้งครรรค์ และยอมเผชิญกับการถูกตำหนิจากสังคมเมื่อการยุติการตั้งครรรค์นั้นถูกเปิดเผย ในทางตรงข้ามผู้ชายผู้ซึ่งไม่ต้องแบกรับการตั้งครรรค์ จึงมีโอกาสปกปิดการกระทำของตนเองโดยการปฏิเสธการกระทำนั้น ส่งผลให้ผู้หญิงต้องรับผิดชอบในการดูแลตัวเอง หรือยอมเผชิญกับการถูกตำหนิแต่เพียงผู้เดียว สอดคล้องกับผลการวิจัยของวิทเทอร์กา (Whitterka, 2002c) ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีมุมมองว่า ผู้หญิงเป็นคนตั้งครรรค์ ดังนั้นผู้หญิงควรมีหน้าที่ในการรับผิดชอบต่อการตั้งครรรค์นั้น แต่ไม่มีการกล่าวถึงความรับผิดชอบของผู้ชายซึ่งเป็นพ่อของเด็กในครรรค์ เช่นกันกับการศึกษาของชัชเวช (Chatchawet, 2009) จากที่ผู้หญิงมีลักษณะทางกายภาพที่ต้องเป็นคนอุ้มท้อง ลักษณะการเสียเปรียบทางกายภาพนี้เองที่ส่งผลต่อความเชื่อของคนในสังคม และหล่อหลอมให้ผู้หญิงเชื่อว่า ผู้หญิงต้องรับผิดชอบต่อการตั้งท้อง ในทางตรงกันข้ามผู้ชายมีลักษณะทางกายภาพที่เอื้อกับการแสวงหาความสุขทางเพศโดยที่ไม่มีผู้ใดสามารถทราบถึงพฤติกรรมนั้น แม้จะเกิดผลจากการแสวงหาความสุขทางเพศอย่างการตั้งครรรค์ ทำให้ผู้ชายสามารถรอดพ้นจากภาระการเป็นพ่อเด็กนั้นไป

การดูแลของผู้ชาย

แม้ผู้ชายไม่ได้มีลักษณะทางกายภาพที่จะช่วยผู้หญิงในการอุ้มท้อง หรือนำร่างกายเข้าสู่กระบวนการของการยุติการตั้งครรรค์ แต่ผู้ชายสามารถเป็นคนรักที่ให้การดูแลผู้หญิงได้เมื่อผู้หญิงต้องยุติการตั้งครรรค์หรือมีอาการข้างเคียงจากการยุติการตั้งครรรค์ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้การดูแลของผู้ชายได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ การสังเกตอาการผิดปกติ และการคุมกำเนิด โดยบุคลากรทางสุขภาพควรให้ข้อมูลแก่ผู้ชายในการดูแลผู้หญิง เนื่องจากผู้ชายไม่ทราบว่าต้องดูแลผู้หญิงที่มีอาการแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรรค์อย่างไร

วิธีการยุติการตั้งครรรค์หรืออาการแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรรค์ ส่งผลกระทบต่อความต้องการพื้นฐานของผู้หญิงหรือความต้องการด้านร่างกาย สิ่งที่ผู้ชายสามารถช่วยดูแลผู้หญิงได้ ได้แก่ ความสุขสบาย ความสะอาดของร่างกาย และการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ซึ่งการดูแลนี้แม้ครอบครัวหรือเพื่อน สามารถให้การดูแลได้เช่นกัน แต่ความรู้สึกที่ได้ไม่เหมือนกับความรู้สึกที่ได้รับจากการดูแลจากชายคนรัก ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของชัชเวช ศรีพิชญาการ กันธรักษา นิลมานันติ และ โอไบรอัล (Chatchawet, Sripichyakan, Kantaruksa, Nilmanat, & O'Brien, 2010) ที่พบว่าผู้หญิงและผู้ชายที่มีประสบการณ์การยุติการตั้งครรรค์ไม่พึงประสงค์ มีมุมมองว่าการดูแลความต้องการด้านพื้นฐานนี้ ถือเป็นสิ่งที่ชายคนรักควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้หญิง

เนื่องจากผู้ชายเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ (ไม่พึงประสงค์) และทำให้ผู้หญิงต้องใช้ร่างกายของตัวเองในการเอาชีวิตเข้าเสี่ยง (ยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย) เพื่อแก้ปัญหาการตั้งครรภ์นั้น

การยุติการตั้งครรภ์นอกจากเป็นความเจ็บปวดทางกายแล้วยังเป็นความเจ็บปวดทางใจของผู้หญิง ซึ่งผู้หญิงต้องเผชิญกับสิ่งต่างๆ ที่สร้างความเจ็บปวดทางใจ เช่น ความกลัวการรักษา หรือกลัวการถูกตำหนิจากบุคลากร การได้รับการดูแลจิตใจจากชายคนรัก อันได้แก่ การได้รับกำลังใจ การไม่ทอดทิ้ง และการพาไปทำบุญจากการที่ได้ทำลายชีวิตจึงเป็นสิ่งที่ผู้หญิงต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศที่พบว่า เมื่อผู้หญิงต้องยุติการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะครรภ์ไม่พึงประสงค์ ผู้หญิงต้องการให้คนรักดูแลด้านจิตใจด้วยการไม่ทอดทิ้งหรือการมีคนรักอยู่ข้างๆ เนื่องจากทำให้ผู้หญิงมีกำลังใจ (สุชาดา รัชชกุล, 2541; Beenhakker et al., 2004; Chatchawet, Sripichyakan, Kantaruksa, Nilmanat, & O'Brien, 2010; Chatchawet & Sripichyakan, 2005) และจากการศึกษาการมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลภรรยาหลังการยุติการตั้งครรภ์ในประเทศอียิปต์ พบว่า การให้การดูแลด้วยความรักส่งผลดีทั้งต่อสุขภาพกายและใจของภรรยา (Tawab, 1997) นอกจากนี้จากการที่การยุติการตั้งครรภ์ถือเป็นการทำลายชีวิตตามหลักในศาสนาพุทธ และผู้หญิงมักจะเป็นบุคคลที่รับความรู้สึกของความบาปโดยตรงที่นำร่างกายของตนเองไปทำลายชีวิต ผู้ชายผู้ซึ่งมีส่วนร่วมในการทำให้เกิดกระบวนการของการทำลายชีวิตควรมีส่วนร่วมในการล้างบาปนั้นด้วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้หญิงมีความสบายใจขึ้น (สุชาดา รัชชกุล, 2541; Chatchawet, Sripichyakan, Kantaruksa, Nilmanat, & O'Brien, 2010; Chatchawet & Sripichyakan, 2005; Whittaker, 2002b)

จากทัศนะของบุคลากรทางสุขภาพในการศึกษารั้งนี้ การสังเกตอาการผิดปกติจากการยุติการตั้งครรภ์เป็นการดูแลที่ผู้ชายมีบทบาทสำคัญ เนื่องจากเป็นช่วงที่เกี่ยวข้งกับชีวิตของผู้หญิง และความรู้สึกที่ผู้หญิงได้รับย่อมดีกว่าการได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น ซึ่งคล้ายคลึงกับมุมมองของผู้ชายในการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าในบางครั้งผู้ชายต้องการดูแลให้ผู้หญิงปลอดภัยจากการยุติการตั้งครรภ์ หรือจากอาการแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย แต่ในบางครั้งผู้ชายไม่ทราบว่าตนเองควรจะให้การดูแลผู้หญิงอย่างไร จึงต้องพึงสิ่งที่เหนือธรรมชาติ อย่างการบนบาน ดังนั้นผู้ให้บริการทางสุขภาพควรมีการให้ความรู้ผู้ชายในการดูแลผู้หญิง หรือการสังเกตอาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่สามารถเกิดขึ้นกับผู้หญิงได้เมื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (Chatchawet, Sripichyakan, Kantaruksa, Nilmanat, & O'Brien, 2010)

ผู้ชายควรเข้ามามีส่วนร่วมในการคุมกำเนิด เนื่องจาก 1) ต้องอาศัยความร่วมมือของทั้งผู้หญิงและผู้ชาย 2) สังคมปลูกฝังให้ผู้หญิงต้องตอบสนองความต้องการทางเพศแก่ผู้ชายเมื่อผู้ชาย

ร้องขอ และต้องรับผิดชอบในการป้องกันการตั้งครรภ์อย่างการใช้วิธีคุมกำเนิด ทำให้ผู้หญิงไม่กล้า ปฏิเสธหรือต่อรองให้ผู้ชายใช้วิธีคุมกำเนิด ส่งผลให้มีโอกาสในการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้สูง 3) สังคมให้ความหมายกับถุงยางอนามัยว่าเป็นสัญลักษณ์ของความไม่เชื่อใจกันระหว่างคนรัก ทำให้ผู้ชายไม่ตระหนักถึงการใช้ถุงยางอนามัย และ 4) การที่สังคมไม่ได้ปลูกฝังให้ผู้ชายแสวงหาความรู้ เรื่องคุมกำเนิดเท่าใดนัก ยังทำให้ผู้ชายส่วนหนึ่งไม่สนใจหรือเห็นความสำคัญของการรับฟังการให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ส่งผลให้ผู้หญิงยังคงต้องเป็นฝ่ายรับภาระในการคุมกำเนิด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ซ้ำ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงมีทัศนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมในการคุมกำเนิด โดยเริ่มจากการให้ข้อมูลวิธีการคุมกำเนิดทั้งผู้หญิงและผู้ชาย เพื่อผู้หญิงและผู้ชายได้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคุมกำเนิด คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งมีการศึกษาหลายชิ้นที่สนับสนุนถึงข้อดีของการมีส่วนร่วมของผู้ชายในการคุมกำเนิด ได้แก่ การนำผู้ชายเข้าร่วมการรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิดร่วมกับผู้หญิง ซึ่งจะส่งผลให้การคุมกำเนิดมีประสิทธิภาพมากกว่าการนำผู้หญิงเข้ารับฟังข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิดฝ่ายเดียว (Becker, 1996; Bianchi-Demicheli, Eliane, Bianchi, Dumont, Ludicke & Campana, 2003; Chatchawet, Sripichyakan, Kantaruksa, Nilmanat, & O'Brien, 2010; Terefe & Larson, 1993; Soliman, 1999; Piotrow, Kincaid, & Hindin, 1992; Population Council, 2000; Wang, Vittinghoff, Hua, Yun, & Rong, 1998)

อย่างไรก็ตาม จากที่สังคมปลูกฝังให้ ‘การคุมกำเนิดเป็นหน้าที่ของผู้หญิง’ และผู้ชายสามารถแสวงหาความสุขทางเพศได้อย่างอิสระโดยไม่ต้องรับผิดชอบผลของการแสวงหาความสุขทางเพศเท่าใดนัก ทำให้ผู้ชายมักไม่ค่อยให้ความสนใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ รวมถึงบุคลากรทางสุขภาพที่อยู่ภายใต้การปลูกฝังของสังคมเดียวกันนี้ ทำให้บุคลากรสุขภาพบางส่วนเน้นให้ข้อมูลการคุมกำเนิดเฉพาะผู้หญิง โดยลืมนำผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้เป็นการกั้นผู้ชายออกจากการมีส่วนร่วมรับผิดชอบไปโดยไม่รู้ตัว ซึ่งเป็นการตอกย้ำความไม่เสมอภาคทางเพศที่เป็นการผลัดภาระให้ผู้หญิงต้องรับผิดชอบการคุมกำเนิดแต่เพียงผู้เดียว

มุมมองการยุติการตั้งครรภ์ที่แตกต่าง

ทัศนะการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่แตกต่างของบุคลากรทางสุขภาพ เกิดจากมุมมองที่แตกต่างเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ ได้แก่ การมีมุมมองที่ “เข้าใจ” ในประเด็นการยุติการตั้งครรภ์ โดยเข้าใจในเหตุผลของผู้หญิงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ และ การมี “อคติ” ต่อผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยการไม่ฟังเสียงผู้หญิง

ไม่ว่าเหตุผลภายใต้การตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ของผู้หญิงคืออะไร ซึ่งอาจเป็นเหตุผลทางสังคมที่คนในสังคมรวมถึงพ่อแม่มักคาดหวังกับลูกสาวว่าต้องปฏิบัติตนเป็นผู้หญิงที่ดีดังกรอบของสังคมไทยกำหนดไว้ ซึ่งได้แก่ การไม่มีเพศสัมพันธ์ หรือตั้งครรภ์ในวัยเรียน หรือก่อนสมรส ทำให้ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์นอกกฎหมายการเป็นผู้หญิงที่ดี ต้องพยายามปกปิดการตั้งครรภ์นั้นไว้ไม่ให้ใครรู้ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติในสังคม วิธีปกปิดการตั้งครรภ์ที่ผู้หญิงที่ไม่มีทางออกมักเลือกคือ การยุติการตั้งครรภ์ การไม่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์เพียงเพราะทำผิดกฎที่สังคมตั้งไว้ ถ้าบุคลากรทางสุขภาพเข้าใจว่าไม่มีผู้หญิงคนใดที่ต้องการตั้งครรภ์เพื่อไปยุติการตั้งครรภ์ แต่จากเหตุผลทางสังคมที่กล่าวมาทำให้ผู้หญิงต้องยุติการตั้งครรภ์ จะทำให้บุคลากรทางสุขภาพแสดงพฤติกรรมยอมรับและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้หญิงกลุ่มนี้ ทำให้ผู้หญิงกลุ่มนี้มีที่พึ่ง กล่าวระบายความรู้สึกและปัญหาต่างๆกับบุคลากรทางสุขภาพ รวมทั้งผู้หญิงไม่ต้องรับภาระหรือเผชิญความทุกข์แต่เพียงผู้เดียว จากที่บุคลากรทางสุขภาพได้ส่งเสริมให้ผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาจากผลที่ตามมาจากการยุติการตั้งครรภ์ หรือดูแลผู้หญิง ดังการศึกษาของชัชเวช (Chatchawet, 2009) ที่ผู้หญิงเรียกร้องให้สังคมรวมทั้งบุคลากรทางสุขภาพเข้าใจเหตุผลที่ผู้หญิงต้องยุติการตั้งครรภ์ภายใต้บริบทของผู้หญิงเอง โดยไม่นำบริบทของตัวเองมาตัดสินผู้หญิง

การมี “อคติ” ต่อผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยการไม่ฟังเสียงผู้หญิง กล่าวคือไม่รับฟังข้อเรียกร้อง หรือเหตุผลของผู้หญิงในการยุติการตั้งครรภ์ซึ่งอยู่นอกเหนือกฎหมายของสังคม ได้แก่ 1) การมีเหตุผลของการยุติการตั้งครรภ์ที่อยู่นอกเหนือกฎหมายกำหนด ซึ่งประมวลกฎหมายอาญา โทษหมวด 3 ความผิดทำให้แท้งลูก มาตรา 301-305 ระบุถึงความผิดนี้ไว้ โดยมาตรา 301 ระบุว่า “หญิงใดทำให้ตนเองแท้งลูก หรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนเองแท้งลูก ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ” (ประมวลกฎหมายอาญา, มปป.) ภายใต้กฎหมายดังกล่าวนี้มีเหตุผลที่ผู้หญิงสามารถยุติการตั้งครรภ์โดยไม่ผิดกฎหมาย 2 เหตุผล คือ จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากสุขภาพของหญิงนั้น หรือ เมื่อการตั้งครรภ์นั้นเป็นผลมาจากการถูกข่มขืนหรือการกระทำจากผู้สืบสันดาน ดังนั้นผู้หญิงที่มีเหตุผลของการต้องการยุติการตั้งครรภ์ นอกเหนือจากกฎหมายกำหนดจะถูกปฏิเสธจากสถานบริการในการยุติการตั้งครรภ์ 2) การที่ศาสนาระบุว่าการยุติการตั้งครรภ์เป็นการทำลายชีวิตซึ่งถือว่าเป็นบาปและผิดจริยธรรม ซึ่งจากรายงานมีบุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่ที่คำนึงถึงฐานคิดทางจริยธรรมมากกว่าการฟังเสียงผู้หญิง (Phaosavasdi et al., 2007) หรือ 3) ความเชื่อที่ว่าผู้หญิงที่เคยยุติการตั้งครรภ์แล้ว ในครั้งต่อไปจะไม่พยายามป้องกันการตั้งครรภ์ และเมื่อตั้งครรภ์จะต้องยุติการตั้งครรภ์อีกเป็นวงจรไปเรื่อยๆ รวมทั้ง 4) จากวัฒนธรรมชายเป็นใหญ่ที่ตั้งกฎให้ผู้หญิงอยู่ในกรอบที่สังคมคาดหวัง กล่าวคือการไม่ให้ผู้หญิงมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน หรือการไม่ตั้งครรภ์ก่อนสมรส โดยเฉพาะผู้หญิงที่อยู่ในวัยเรียน

แต่ผู้ชายสามารถมีอิสระในการแสวงหาความสุขทางเพศ ถ้าผู้หญิงยอมให้มีพฤติกรรมเหล่านั้นเกิดขึ้น แสดงถึงการเป็นผู้หญิงรักสนุก หรือผู้หญิงไม่ดี

เหตุผลดังกล่าวข้างต้นทำให้เสียงของบุคลากรทางสุขภาพที่สอดคล้องกับกฎเกณฑ์ของสังคมดังกว่า ส่งผลให้บุคลากรทางสุขภาพไข่มุมมองทัศนคติของตัวเองที่ได้รับอิทธิพลจากการขัดเกลาของสังคม ในการตัดสินใจหรือเลือกทางเดินให้ผู้หญิงซึ่งบางครั้งอาจไม่ใช่สิ่งที่ผู้หญิงต้องการ รวมถึงผู้หญิงจะถูกผลักดันให้รับผิดชอบผลของการกระทำที่เกิดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์แต่เพียงผู้เดียว หรือดูแลตัวเอง เช่น การเผชิญกับผลข้างเคียงจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือการถูกตีตราว่าเป็นผู้หญิงรักสนุก หรือผู้หญิงไม่ดี เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้หญิงที่มารับการบริการที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ยังคงได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมจากบุคลากรทางสุขภาพ บุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่มักนำทัศนคติ อคติ และมุมมองของตนเองที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์มาใช้กับผู้หญิงกลุ่มนี้ และไม่นำผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้หญิงกลุ่มนี้ เนื่องจากมีมุมมองว่าผู้หญิงเป็นบุคคลที่สมควรต้องรับผิดชอบจากผลของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการยุติการตั้งครรภ์ (ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์, 2544; Whittaker, 2002a)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

บทนี้แบ่งเนื้อหาเป็น 3 ส่วน คือ สรุปผลการวิจัย ข้อจำกัดในการวิจัย และข้อเสนอแนะ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (descriptive qualitative research) เพื่อเข้าใจทัศนะของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบกำหนดคุณสมบัติเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งได้แก่ 1) เป็นแพทย์ พยาบาล หรือนักสังคมสงเคราะห์ ที่ให้การดูแลผู้รับบริการที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และ 2) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย โดยมีผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นบุคลากรทางสุขภาพ 13 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 10 คน แพทย์ 2 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอายุอยู่ในช่วง 28-54 ปี (mean=35.7, SD=8.0) ทุกคนมีเชื้อชาติไทย และนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ยกเว้นแพทย์ 2 คน ที่จบการศึกษาเทียบเท่าปริญญาเอก ประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพอยู่ในช่วง 5-28 ปี (mean=11.5 SD=7.0) ประสบการณ์ในการทำงานที่ให้การดูแลผู้รับบริการที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์อยู่ในช่วง 1-23 ปี (mean=8.7 SD=6.8) ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนไม่เคยมีประสบการณ์ตรงในการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

เก็บข้อมูลโดยใช้คำถามปลายเปิด สัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคล (individual interviews) ใช้การหยั่งลึก (probe) เมื่อจำเป็น และใช้คำถามสะท้อนคิด (reflexive questions) เพื่อกระตุ้นความตระหนักของผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้วิจัยถึงอคติทางเพศในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละรายมีการให้สัมภาษณ์ 2-4 ครั้ง แต่ครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที มีการบันทึกเทปรหว่างการสัมภาษณ์และถอดเทปแบบคำต่อคำ ในการรวบรวมข้อมูล มีการสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตรวจสอบความถูกต้องทุกครั้งที่การสัมภาษณ์จบลง (member checking) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) (Miller & Crabtree, 1992)

ทัศนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของบุคลากรทางสุขภาพที่ส่วนใหญ่เป็นทัศนะที่เกิดจากการดูแลผู้หญิงเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการยุติการตั้งครรภ์และต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล มีประเด็นที่เกิดขึ้น 2 ประเด็นใหญ่ คือ

ประสบการณ์ของบุคลากรทางสุขภาพ และมุมมองต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่แตกต่างกัน ประสบการณ์ของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ร่วมดูแลกัน ผู้หญิงดูแลตัวเอง และการดูแลของผู้ชาย การร่วมดูแลกันเนื่องจากเหตุผลของการทำด้วยกัน ผู้ชายทำ และผู้หญิงเจ็บ ผู้หญิงต้องดูแลตัวเองเนื่องจาก สิทธิพิเศษของผู้ชาย และความจำยอมของผู้หญิง การดูแลของผู้ชาย ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ การสังเกตอาการผิดปกติ และการคุมกำเนิด

มุมมองต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่แตกต่างกัน เป็นมุมมองที่มีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์ของบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย คือ เข้าใจ: ผู้หญิงมีเหตุผลของตัวเอง และ อคติ: ไม่ฟังเสียงผู้หญิง

ข้อจำกัดในการวิจัย

จากที่บุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่จะได้ดูแลผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เมื่อผู้หญิงนั้นมีอาการข้างเคียงจากการยุติการตั้งครรภ์ (ที่ไม่ปลอดภัย) ดังนั้นทัศนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่จึงเป็นทัศนะที่เกิดจากการดูแลผู้หญิงเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการยุติการตั้งครรภ์และต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางเพื่อบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลผู้ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดในการดูแลผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และมีอาการข้างเคียงจากการยุติการตั้งครรภ์ (ที่ไม่ปลอดภัย) เป็นแนวทางในการดูแลผู้หญิงกลุ่มนี้ นอกจากนี้ผลการศึกษาที่ได้ยังให้แนวทางในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทำให้ทราบถึงทัศนะของบุคลากรทางสุขภาพว่ามีแนวคิดอย่างไรต่อการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลผู้ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดในการดูแลผู้รับบริการกลุ่มนี้จึงควรมีความเข้าใจและตระหนักถึงการดูแลที่มีความไวในเพศภาวะ หรือการดูแลที่ครอบคลุมประเด็นความเป็นธรรมแก่

ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย (gender sensitive care) และบุคลากรทางสุขภาพควรมีบทบาทในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ชาย เพื่อคุณภาพชีวิตด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง

การส่งเสริมการดูแลโดยมีความไวในเพศภาวะ (gender sensitive care)

จากถ่านิยมหรือกระบวนการขัดเกลาทางสังคมที่มักประณามและคาดหวังเอาความรับผิดชอบจากผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ แต่กลับให้สิทธิพิเศษผู้ชายที่ผู้ชายไม่จำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ แม้การตั้งครรภ์นั้นจะเกิดจากการมีความสุขทางเพศร่วมกัน ส่งผลให้ผู้หญิงมักต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเอง บุคลากรทางสุขภาพอยู่ภายใต้กระบวนการขัดเกลาทางสังคมเดียวกันที่ทำให้บางครั้งอาจมีอคติหรือไม่พึงเสียงผู้หญิง บุคลากรทางสุขภาพจึงควรประเมินตนเองเกี่ยวกับความเชื่อ ทศนคติ หรือการปฏิบัติที่คำนึงถึงความเสมอภาคทางเพศ กล่าวคือ มีการตระหนักถึงการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย และมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ชายในการดูแลผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์หรือไม่

บุคลากรทางสุขภาพสามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ชายในการดูแลผู้หญิงได้ โดยที่บุคลากรทางสุขภาพต้องให้ข้อมูลหรือวิธีการดูแลผู้หญิงแก่ผู้ชายในประเด็นของ ก) การดูแลความต้องการพื้นฐานของผู้หญิงหรือความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ ความสุขสบาย ความสะอาดของร่างกาย และการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ข) การดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ การให้กำลังใจ การไม่ทอดทิ้ง และการพาไปทำบุญ ค) การสังเกตอาการผิดปกติจากการยุติการตั้งครรภ์ ง) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกำเนิด โดยนำผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำหรือการปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิด การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ชายเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงการให้บริการทางสุขภาพที่เน้นผู้หญิงเป็นศูนย์กลางของความรับผิดชอบในอนามัยเจริญพันธุ์ ไปสู่การให้บริการทางสุขภาพที่คำนึงถึงความเสมอภาคทางเพศระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย

การป้องกันอคติ

บุคลากรทางสุขภาพไม่ควรนำทัศนคติ อคติ และมุมมองของตนเองที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์มาตัดสินทั้งผู้หญิงและผู้ชายที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ บุคลากรทางสุขภาพควร “เข้าใจ” และ “เคารพ” ในการตัดสินใจในการเลือกทางเดินชีวิตของผู้หญิง ผู้หญิงที่กำลังเผชิญกับปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์รู้ว่าตัวเองควรวางชีวิตไว้ที่จุดไหนจึงจะเหมาะสมกับบริบทของตัวเอง ผู้หญิงทุกคนที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ย่อมมีเหตุผลของตนเองและอาจเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับบริบทในขณะนั้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสุขภาพที่ให้การดูแลผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และ/หรือยุติการตั้งครรภ์ในประเด็นการดูแลโดยมีความไวในเพศภาวะหรือความเสมอภาคทางเพศ นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษาผู้รับบริการที่เผชิญกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการยุติการตั้งครรภ์ ที่คำนึงถึงการดูแลโดยมีความไวในเพศภาวะและการตระหนักถึงการมีส่วนร่วมของผู้ชาย เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการทางสุขภาพที่เป็นธรรมแก่ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ควรมีการศึกษาวิจัยต่อไป

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ ธรารวรรณ. (2545). รายงานผลการวิจัย บันทึกประสบการณ์ของผู้หญิงที่ตั้งท้องเมื่อไม่พร้อม. กรุงเทพฯ: โครงการรณรงค์เพื่อสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ สถาบันประชากร.
- กองอนามัยการเจริญพันธุ์. (2546). พิพิธภัณฑสถานวามนครบวรวิ. แหล่งที่มา มกราคม 7, 2552, จาก <http://www.anamai.moph.go.th/rh/museum.htm>
- กองอนามัยการเจริญพันธุ์. (2552). โครงการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น. (เอกสารอัครานา)
- จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์. (2544). การรับรู้บทบาทหญิงชายและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของนักศึกษาชายและหญิงระดับอุดมศึกษา จังหวัดอุดรครดิษฐ์. ใน บุญผา ศิริรัศมี จรรยา เศรษฐบุตร (บรรณาธิการ). รายงานการวิจัย: โครงการพัฒนางานวิจัยด้านเพศภาวะ มติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ ชุดที่ 2 (หน้า 55-127). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตรา ไชยชนะ วิวัฒน์ เจาธรรมทรศน์ สว่าง ประทีปกะ และนิรชร ชุดิพัฒนะ (2544). บทบาทหญิงชายเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานย้ายถิ่นอีสานในโรงงานอุตสาหกรรมดูมมีอยาง จังหวัดสงขลา. ใน บุญผา ศิริรัศมี จรรยา เศรษฐบุตร (บรรณาธิการ). รายงานการวิจัย: โครงการพัฒนางานวิจัยด้านเพศภาวะ มติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ ชุดที่ 1 (หน้า 1-63). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพรณ์ หะวานนท์. (2538). การตอบโต้ของผู้หญิงเมื่อตั้งครรภไม่พึงประสงค์ และการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ: รายงานการวิจัย. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประมวลกฎหมายอาญา. (มปป). ประมวลกฎหมายอาญา. แหล่งที่มา มกราคม 2555, จาก <http://www.kodmhai.com/m2/m2-2/thailaw2-2.html#S1>
- มูลนิธิสร้างควมเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง. (2547). สรุปสถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศไทย. กรุงเทพฯ.
- ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์. (2544). บทบาทหญิงชายกับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาลรัฐของประเทศ. ใน บุญผา ศิริรัศมี และจรรยา เศรษฐบุตร (บรรณาธิการ). รายงานการวิจัยโครงการพัฒนางานวิจัยด้านเพศภาวะ มติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ ชุดที่ 4 (หน้า 135-201). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุชาดา รัชชกุล. (2541). *การตั้งครรภไม่พึงปรารถนาและการตัดสินใจทำแท้ง*. วิทยานิพนธ์ การศึกษาคณะศึกษาศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- หอผู้ป่วยนรีเวช 340, โรงพยาบาลหาดใหญ่. (2553). *สมุดทะเบียนสถิติผู้ป่วย*. หอผู้ป่วยนรีเวช 340 โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา.
- องค์การแพช. (2553). *ท้องไม่พร้อม...ต้องมีทางเลือก: บูรณาการปรึกษาทางเลือกร่วมกับศูนย์พึ่งได้ (OSCC) เพื่อช่วยเหลือผู้หญิงท้องไม่พร้อม*. กรุงเทพฯ: บุเลติน.
- Alex, L., & Hammarstrom, A. (2004). Women's experiences in connection with induced abortion—a feminist perspective. *Scandinavia Journal Caring Science*, 18, 160-168.
- Alexander, L. L., LaRosa, H. J., & Bader, H. (2001). *New dimensions in women's health*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Armstrong, B. (2003). The young men's clinic: Addressing men's reproductive health and responsibilities. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(5), 220-225.
- Becker, S. (1996). Couples and reproductive health: A review of couple studies. *Study in Family Planning*, 27, 291-306.
- Beenhakker, B., Becker, S., Hires, S., Di Targiana, M. N., Blumenthal, P., & Huggins, G. (2004). Are partner available for post-abortion contraceptive counseling? A pilot study in a Baltimore city clinic. *Contraception*, 69, 419-423.
- Bianchi-Demicheli, F., Eliane, P., Bianchi, P. G., Dumont, P., Ludicke, F., & Campana, A. (2003). Contraceptive practice before and after termination of pregnancy: A prospective study. *Contraception*, 67, 107-113.
- Boonsue, K. (n.d.). *Buddhism and gender bias: An analysis of a Jataka tale*. Women in Development Consortium in Thailand and the Thai studies Project.
- Boonthai, N., & Warakamin, S. (2001). *Induced abortion: A nationwide survey in Thailand*. Retrieved July 10, 2005, from http://mwia.regional.org.au/papers/papers/14_nongluk.htm
- Broen, N. A., Moum, T., Bodtker, S. A., & Ekeberg, O. (2004). Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: A 2-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 66(2), 265.
- Chatchawet, W. (2009). *Male Participation regarding termination of unwanted pregnancy*. Unpublished doctoral Dissertation, Chiang Mai University, Thailand.

- Chatchawet, W., & Sripichyakan, K. (2005). *Male responsibility in unwanted pregnancy and termination of pregnancy from Thai women's perspectives*. Unpublished manuscript.
- Chatchawet, W., Sripichyakan, K., Kantaruksa, K., Nilmanat, K., & O'Brien, B. (2010). Support from Thai male Partners when an unwanted pregnancy is terminated. *Pacific Rim International Journal of Nursing*, 14(3), 249-261.
- Cohen, L. S. & Burger, M. (2000). *Partnering: A New Approach to Sexual and Reproductive Health*. UNFPA.
- Coleman, K. P., & Nelson, S. E. (1999). Abortion attitudes as determinants of perceptions regarding male involvement in abortion decisions. *Journal of American College Health*, 47(4), 164-171.
- Daulaire, N., Leidl, P., Mackin, L., Murphy, C., & Stark, L. (2002). *Promises to keep: The toll of unintended pregnancies on women's lives in the developing world*. The Global Health Council.
- EngenderHealth. (2001). *Introduction to men's reproductive health services: Participant handbook* (2nd ed.). New York: AVSC International became Engender Health.
- Feminist Perspectives on the Self*. (2004). Retrieved January 25, 2005 from <http://plato.stanford.edu/entries/feminism-self>.
- Ford, N. J., & Kittisuksathit, S. (1994). Destinations unknown: The gender construction and changing nature of the sexual expressions of Thai youth. *AIDS Care*, 6, 517-531.
- Frye, B. S. (1993). Abortion. *AWHONNS Clinical Issues Perinat Women's Health Nursing*, 4, 265-271.
- Greenslade, F., McKay, H., Wolf, M., & McLaurin, K. (1994). Postabortion care: A women's health initiative to combat unsafe abortion. *Advanced Abortion Care*, 4(1), 1-5.
- Havanon, N. (1995). *The response of women with unwanted pregnancy and decision of termination of pregnancy*. Chiang Mai: Women's study center.
- Henshaw, S. K. (1998). Unintended pregnancy in the United States. *Family Planning Perspectives*, 30(1), 24- 29.
- Holmberg, I. L., & Wahlberg V. (2000). The process of decision-making on abortion: A grounded theory study of young men in Sweden. *Journal of Adolescent Health*, 26, 230-234.

- Institute of Population Studies. (1982). *Knowledge and attitudes concerning abortion practice in urban and rural areas of Thailand*. Bangkok: Chulalongkorn University.
- Isarabhadhi, P. (1999). *Sexual attitudes and experience of rural Thai youth*. Nakhonpatom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Jackson, D. & Mannix, J. (2004). Giving voice to the burden of blame: A feminist study of mothers' experiences of mother blaming. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 150-158.
- Johansson, A., Thu Nga, N., Quang Huy, T., Du Dat, D., & Holmgren, K. (1998). Husbands' involvement in abortion in Vietnam. *Studies in Family Planning*, 29(4), 400-413.
- Kanato, M. (1998). *Sexual behavior*. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand.
- Keyes, C. F. (1984). Mother or mistress but never a monk: Buddhist notions of female gender in rural Thailand. *American Ethnologist*, 11, 223-241.
- Langer, A., Garcia-Barrios, C., Heimbürger, A., Stein, K., Winikoff, B., Barahona, V., et al. (1997). Improving post-abortion care in a public hospital in Oaxaca, Mexico. *Reproductive Health Matters*, 9, 20-28.
- Lerdmaleewong, M & Francis, C. (1998). Abortion in Thailand: A feminist perspective. *Journal of Buddhist Ethics*, 5, 22-48.
- Lincoln, S. Y. & Guba G. E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: SAGE.
- Malhotra, A., Roca, E., Soonthornthada, A., Kittisuksathit, S., Punpuing, S., Curran, R. S., et al. (2005, July). *Masculinity and Risk Behavior among Youth in Thailand*. Paper Presented at the IUSSP International Population Conference, Tours, France.
- Miller, W. L., & Crabtree, B. F. (1992). Primary care research: A multimethod typology and qualitative road map. In B. F. Crabtree & W. L. Miller (Eds.), *Doing qualitative research* (pp. 3-28). Newbury Park: SAGE.
- Naravage, W. & Yongpanichkul, S. (n.d.). *Situation analysis of emergency contraceptive use among young people in Thailand*. Retrieved September 9, 2009, http://www.who.int/reproductive-health/publications/towards_adulthood/19.pdf

- Naravage, W. & Yongpanichkul, S. (n.d.). *Situation analysis of emergency contraceptive use among young people in Thailand*. Retrieved September 9, 2011, http://www.who.int/reproductive-health/publications/towards_adulthood/19.pdf
- Phaosavasdi, S., Taneepanichkul, S., Tannirandon, Y., Uerphairojkit, B., Phupong, V., Pruksapong, C., et al. (2007). Ethics and abortion. *Journal of Medical Association of Thailand*, 90(80), 1689-1690.
- Phuapradit, W., Sirivongs, B., & Chaturachinda, K. (1986). Abortion: An attitude study of professional staff at Ramathibodi Hoapital. *Journal of Medical Association of Thailand*, 69(1), 22-27.
- Piotrow, P. T., Kincaid, D. L., Hindin, M. J. (1992). Changing men's attitudes and behavior: The Zimbabwe male motivation project. *Studies in Family Planning*, 23, 365-375.
- Population Action International. (2001). *Fact sheet: How family planning and reproductive health services affect the lives of women, men, and children*. Retrieved June 26, 2007, from http://66.39.128/resources/pulications/world_of_difference/rr2_facts_english.htm
- Population Council. (1981). *Abortion in Thailand: A review of literature*. Bangkok.
- Population Council. (2000). *Meeting women's health care needs after abortion: Frontiers in reproductive health brief, no.1*. USA.
- Rasch V., & Lyaruu, A. M. (2005). Unsafe abortion in Tanzania and the need for involving men in postabortion contraceptive counseling. *Studies in Family Planning*, 36(4), 301-310.
- Ratanakul, P. (1998). Abortion among Buddhists in Thailand. In D. Keown (Ed.), *Buddhism and abortion* (pp.33-46). London: Macmillan.
- Reproductive Health Outlook. (n.d.a). *Gender and sexual health*. Retrieved July 10, 2009, from http://www.rho.org/html/gsh_overview.htm#Gendersensitive
- Reproductive Health Outlook. (n.d.b). *IGWG theme statement: Dual protection (from a gender perspective)*. Retrieved July 10, 2009, from http://www.rho.org/html/menrh_theme-dual.html
- Russo, N. F., & Zierk, K.L. (1992). Abortion, childbearing, and women. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23(4), 269-280.
- Singh, S., & Wulf, D. (1997). Health professionals' perceptions about induced abortion in South Central and Southeast Asia. *International Family Planning Perspectives*, 23(2), 59-67.

- Soliman, M. H. (1999). Impact of antenatal counseling on couples' knowledge and practice of contraception in Mansoura, Egypt. *East Mediterr Health Journal*, 5, 1002-1013.
- Sundstrom, K., & Nordemark, L. (2001). *Choice and power-sexual and reproductive rights for women and men*. Retrieved July 10, 2009, from <http://www.qweb.kvinnoforum.sc/choiceandpower/report.htm>
- Tawab, N. A. (1997). *Effects of husband involvement on post-abortion patients: Recovery and use of contraception in Egypt*. Population Council Operations Research Project and the Egyptian Fertility Care Society.
- Taywaditep, J. K., Coleman, E., & Dumronggittigule, P. (n.d.). *Thailand (Muang Thai)*. Retrieved August 10, 2008, from <http://www2.hu-berlin.de/sexology/IES/thailand.html>
- Terefe, A., & Larson, C. P. (1993). Modern contraception in Ethiopia: Does involving husbands make a difference? *American Journal of Public Health*, 83, 1567-1571.
- Thaneepanichsakul, S. (2000, July). Abortion from medicine perspective. In Reproductive Health Division, Department of Health, *The options of women who are unready to get pregnant*. Symposium conducted at the meeting, Bangkok, Thailand.
- The United Nations. (1995). *Fourth world conference on women platform for action*. Retrieved November 15, 2004, from <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/plat1.htm>.
- Thomson, S., & Bhongsvej, M. (1995). *Profile of women in Thailand*. United Nations Economic and social Commission for Asia and the Pacific.
- UNFPA. (1994). *International Conference on Population and Development (ICPD)*. Retrieved November 15, 2004, from <http://www.unfpa.org/icpd/icpd.htm>
- Warkevisser, C. (1995). Women's health in a changing world. *Tropical and Geographical Medicine*, 47, 186-191.
- Wang, C. C., Vittinghoff, E., Hua, L. S., Yun, W. H., & Rong, Z. M. (1998). Reducing pregnancy and induced abortion rates in China: Family planning with husband participation. *American Journal of Public Health*, 88, 646-648.
- Warakamina, 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.

- Whittaker, A. (2002a). Reproductive inequalities: Abortion policy and practice in Thailand. *Women & Health*, 35(4), 101-119.
- Whittaker, A. (2002b). The struggle for abortion law reform in Thailand. *Reproductive Health Matters*, 10(19), 45-53.
- Whittaker, A. (2002c). The truth of our day by day lives: Abortion decision-making in rural Thailand. *Culture Health Sexuality*, 4(1), 1-20.
- Women and health*. (n.d.). Retrieved August 13, 2008, from <http://www.who.or.jp/women>.
- World Health Organization. (1998). *World Health Day/Safe Motherhood, 7 April 1998: Address unsafe abortion*. Retrieved July 9, 2005, from http://www.who.int/archives/whday/en/pages1998/whd98_10.html
- World Health Organization. (2000). *Improving access to quality care in family planning: Medical eligibility criteria for contraceptive use*. 2nd eds. Geneva: Reproductive Health and Research.
- World Health Organization. (2003). *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems*. Geneva.
- World Health Organization. (2004). *Unsafe abortion: Global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000* (4th ed.). Geneva.
- World Health Organization. (n.d.). *Chapter four: Unwanted pregnancy/unsafe abortion*. Retrieved July 8, 2008, from http://w3.whosea.org/LinkFiles/Reproductive_Health_Profile_Chapter4ver2_up.pdf
- Yoddumnern-Attig, B. (1992). Conjugal and parental roles: A behavioral look into the past and present. In B. Yoddumnern-Attig, K. Richter, A. Soonthornhdada, & C. Setaput (eds.), *Changing roles and statuses of women in Thailand: A document assessment* (pp. 25-35). Nakhonpathom: The Institute for Population and Social Research.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์

คำถามหลักในการสัมภาษณ์ (โดยให้ผู้ให้ข้อมูลใช้คำพูดของตนเอง ไม่ต้องคิดคำขึ้นใหม่)

1. ขอให้คุณเล่าประสบการณ์การดูแลผู้รับบริการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
2. คุณคิดว่าผู้ชายควรเข้ามามีส่วนร่วมในการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หรือไม่ เพราะอะไร? อย่างไร?
3. คุณคิดว่าอะไรที่ทำให้ผู้ชายเข้ามา มี/ไม่มี ส่วนร่วมในการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

การมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ตามทัศนะของบุคลากรทางสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ หญิง ชาย
2. อายุครบ.....ปี
3. เชื้อชาติ ไทย อื่นๆ ระบุ.....
4. ศาสนา พุทธ อิสลาม
 คริสต์ อื่นๆระบุ.....
5. ระดับการศึกษา.....
6. อาชีพ พยาบาลวิชาชีพ แพทย์
 บุคลากรทางสุขภาพ อื่นๆ (ระบุ).....
7. ระยะเวลาในการทำงานด้านสุขภาพ.....ปี
8. ระยะเวลาในการทำงานดูแลผู้รับบริการที่มีการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์.....ปี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการยุติการตั้งครรภ์

1. ท่าน/คนรักของท่าน เคยมีประสบการณ์ในการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หรือไม่
 ไม่เคย ▶ สิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม
 เคย ▶ กรุณาตอบข้อ 2
2. จำนวนครั้งของการยุติการตั้งครรภ์.....ครั้ง
เหตุผลที่ยุติการตั้งครรภ์.....
อายุครรภ์ขณะที่ยุติการตั้งครรภ์.....
วิธีการยุติการตั้งครรภ์.....
ภาวะแทรกซ้อน.....

ภาคผนวก ค

การพิจารณารับรองจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม

**THE ETHICS COMMITTEE OF HATYAI HOSPITAL**

HATYAI HOSPITAL 182, HATYAI, SONGKHLA 90110 THAILAND

DOCUMENTARY PROOF OF ETHICAL CLEARANCE COMMITTEE ON HUMAN RIGHTS
RELATED TO RESEARCHES INVOLVING HUMAN SUBJECTS

ID1	56
Date	23/12/2008 expired 1 year after issuing
Title of project	Male participation regarding termination of unwanted pregnancy from the perspective of health care providers
Protocol number	017/2009
Principal investigator	Warangkana chatwej
Office address	PSU
Document review 1	PROTOCOL
Document review 2	

→ The aforementioned documents have been reviewed and acknowledged by Committee human rights related to researches involving human subjects, based on the declaration of Helsinki

Signature of Chairman *Pairoj Boonluksira* (PAIROJ BOONLUKSIRA)

Signature of Committee *Wanida Saekong* (WANIDA SAEKONG)

ภาคผนวก ง
บันทึกการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
ที่อยู่.....

ได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย คุณวรางคณา ชัชเวช เกี่ยวกับการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยในการวิจัยเรื่อง “การมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ตามทัศนะของบุคลากรทางสุขภาพ” โดยผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทปในการสัมภาษณ์ซึ่งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และจะทำลายเทปเสียงที่บันทึกเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ทั้งนี้จะไม่มีการใช้ชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลทั้งหมดจะใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ในการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยของการวิจัยครั้งนี้ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องให้เหตุผล ถ้าข้าพเจ้าปราศนาและหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจตามคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

ลงชื่อ.....พยาน

ภาคผนวก จ

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ตามทัศนคติของบุคลากรทางสุขภาพ

วัตถุประสงค์โครงการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เข้าใจทัศนคติของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ผู้เข้าร่วมโครงการ

ผู้เข้าร่วมโครงการเป็นบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ ที่ให้การดูแลผู้รับบริการที่มีอาการแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

การปฏิบัติตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย

1. ให้ข้อมูลส่วนตัว ประกอบด้วย เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ/แพทย์ ระยะเวลาในการทำงานดูแลผู้รับบริการที่มีการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และประสบการณ์ในการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
2. ให้สัมภาษณ์ด้วยการเล่าประสบการณ์การดูแลผู้รับบริการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายในการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ขณะเล่ามีการบันทึกเทป สถานที่เป็นที่มิดชิด มีความเป็นส่วนตัวที่มีเพียงผู้วิจัยและท่านเท่านั้น
3. ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์ประมาณ 2 ครั้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสะดวกของท่าน แต่ละครั้งใช้เวลานานประมาณ 60-90 นาที

การปกปิดความลับ

1. ข้อมูลของท่านรวมทั้งชื่อและเทปเสียงจะเก็บเป็นความลับ เมื่อมีการนำข้อมูลไปเผยแพร่จะเป็นการเสนอเฉพาะในเชิงวิชาการ และไม่มีเปิดเผยชื่อของท่าน
2. ท่านมีสิทธิตามกฎหมายที่จะรับทราบถึงข้อมูลส่วนตัวของท่าน หากท่านต้องการใช้สิทธิดังกล่าวกรุณาแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

การสมัครใจและการถอนตัว

1. การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ และขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของท่าน หากท่านไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน หากท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้วท่านมีสิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล และไม่เกิดผลเสียใดๆ ต่อท่าน และท่านสามารถปฏิเสธที่จะตอบคำถามได้

2. หากท่านยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ท่านลงชื่อยินยอมในแบบยินยอมอาสาสมัครสัมภาษณ์เชิงลึก

หากท่านมีข้อสงสัยต้องการซักถามเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ท่านสามารถติดต่อใครได้บ้าง

ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย คือ นางสาวรวงคณา ชัชเวช นางจิตรนันท์ สมพร หรือ รองศาสตราจารย์ สุรีย์พร กฤษเจริญ ภาควิชาการพยาบาลสูตินรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 074-286550 (ในเวลาราชการ)