วารสารพัฒนบริหารศาสตร์
ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2536

# สาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาและกระบวนการตัดสินใจทำแท้ง : กรณีศึกษาในคลินิคเอกชนของกรุงเทพมหานคร

ศุภมาส เศรษฐพงษ์กุล[1] และ ปาจรีย์ ผลประเสริฐ[2]

**บทคัดย่อ** การวิจัยเป็นการศึกษาเฉพาะกรณีซึ่งสำรวจผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาและไปปรึกษาการทำแท้งจากคลินิคเอกชน 3 แห่งในกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะของผู้หญิงที่ตัดสินใจทำแท้ง สาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา เหตุผลของการทำแท้ง และกระบวนการตัดสินใจทำแท้ง ผลของการศึกษาเสนอแนะว่ากลุ่มผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนานั้นยังขาดความรู้ด้านเพศศึกษา และการป้องกันการเกิด การละเลยการใช้วิธีคุมกำเนิดขณะมีเพศสัมพันธ์ ได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรม ความไม่รับผิดชอบ โดยเฉพาะของผู้ชาย และความไม่รู้จริงในการใช้วิธีคุมกำเนิด การแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา ดูเหมือนผู้หญิงต้องกลายเป็นฝ่ายคิดเอง การใช้เวลาตัดสินใจขึ้นอยู่กับสถานการณ์ขณะนั้น ได้แก่ อายุของครรภ์และความรู้สึกกลัวอันตรายจากการทำแท้งที่จะมีผลต่อชีวิตและสุขภาพ ผู้หญิงที่สมรสแล้ว หรือเป็นผู้ที่กำลังเรียนอยู่จะเข้าใจสถานการณ์ของตนเองดีและตัดสินใจได้เร็วกว่ากลุ่มอื่น ๆ

## 1. บทนำ

ปัญหาการทำแท้งเป็นปัญหาสำคัญที่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง ทั้งนี้เนื่องจากการทำแท้งเกิดขึ้นปีหนึ่ง ๆ เป็นจำนวนมากทั่วโลก ในปี 2530 ทั่วโลกมีการทำแท้งเกิดขึ้นราว 35-53 ล้านครั้ง และร้อยละ 20-40 ของการทำแท้งเป็นการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย (Henshaw, 1990) การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยทำให้ผู้หญิงต้องเสียชีวิตปีหนึ่งราว 50,000-100,000 คน (Mahler, 1987) และทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้หญิงอีกจำนวนมากมาย (Paxman et al., 1993; Ross และ Frankenberg, 1993) จึงมีการเรียกร้องให้มีกฎหมายทำแท้งเสรี ซึ่งอย่างน้อยก็เพื่อควบคุมคุณภาพของแหล่งบริการทำแท้ง ให้มีความถูกต้องและปลอดภัยกับชีวิตผู้หญิงมากขึ้น การเรียกร้องนี้มีทั้งผู้เห็นด้วยและคัดค้าน ผู้คัดค้านจะเห็นว่าการทำแท้งเป็นเรื่องผิดศีลธรรม แต่กลุ่มที่เห็นด้วยมองว่าสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไปแล้ว การปล่อยให้ลักลอบทำแท้งนอกจากจะมีผลต่อชีวิตและสุขภาพของผู้หญิงแล้ว การปล่อยให้เด็กเกิดมาโดยไม่เป็นที่ต้องการของพ่อแม่ย่อมก่อให้เกิดปัญหาสังคมตามมา

สำหรับในประเทศไทย การทำแท้งที่ผิดกฎหมายนับวันจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยดูได้จากแหล่งให้บริการทำแท้งทั้งจากหมอแท้และหมอเถื่อนซึ่งมีกระจายอยู่ทั่วประเทศ โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครที่มี

---

[1] อาจารย์ประจำคณะสถิติประยุกต์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
[2] นักสถิติ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

สถานบริการทำแท้งร่วมร้อยแห่ง และประมาณคร่าว ๆ ประเทศไทยมีการทำแท้งเกิดขึ้นไม่น้อยกว่าปีละ 100,000 ราย (วรนิติ ธรรมนิยม, 2531) การตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาที่เพิ่มขึ้นนั้นเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ หลายประการ ประการแรก คือ ผู้หญิงมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม และอิทธิพลของอารยธรรมตะวันตก ตลอดจนสื่อต่าง ๆ ไม่ว่าเป็นภาพยนตร์ เพลง และหนังทีวี มีการแสดงออกเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์มากกว่าสมัยก่อน และถ่ายทอดถึงความน่าสนใจและน่าตื่นเต้นจากความรักและเพศสัมพันธ์ โดยขาดการกล่าวถึงหรือพูดเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ ประการที่สองคือทางออกสำหรับผู้หญิงที่พลาดพลั้งเกิดตั้งครรภ์ขึ้นมามีน้อยลงเมื่อเปรียบเทียบกับอดีต (ปราโมทย์ ปราสาทกุล, 2523) ไม่ใช่ในอดีตจะไม่มีความสัมพันธ์ทางเพศก่อนสมรส แต่บ่อยครั้งการตั้งครรภ์เกิดขึ้นเป็นการผูกมัดให้เกิดการแต่งงาน แต่ในสังคมปัจจุบันการตั้งครรภ์ของผู้หญิงไม่จำเป็นต้องลงเอยด้วยการแต่งงานอีกต่อไปแล้ว ค่านิยมและกฎหมายเกี่ยวกับการสมรสได้เปลี่ยนแปลงไป มีการเข้มงวดเรื่องอายุแรกสมรสและสังคมไม่สนับสนุนการแต่งงานเร็วหรือให้ชายมีภรรยาหลายคน ดังนั้น สมัยนี้การแต่งงานไม่ใช่สิ่งทำได้ง่าย จำเป็นต้องคำนึงถึงความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจและการยอมรับของสังคม ประการที่สามคือ การเปลี่ยนแปลงสภาวะทางเศรษฐกิจและค่านิยมเกี่ยวกับการมีบุตร ภายใต้ภาวะบีบคั้นทางเศรษฐกิจ คู่สมรสส่วนใหญ่ต้องการครอบครัวขนาดเล็ก เพราะเด็กมีประโยชน์ในเชิงเศรษฐกิจลดลง โดยเฉพาะสังคมเมือง แต่การมีลูกมากกลับเป็นภาระหนักของครอบครัวในการเลี้ยงดูและส่งเสียให้การศึกษา ตลอดจนทำให้มารดาเสียโอกาสในการประกอบอาชีพที่จะหารายได้มาช่วยจุนเจือครอบครัว ดังนั้น หากผู้หญิงที่สมรสเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นในขณะที่ฐานะของครอบครัวไม่เอื้ออำนวย อาจหาทางออกโดยการทำแท้ง

อย่างไรก็ตามความรู้เกี่ยวกับการทำแท้งในประเทศไทยยังไม่แจ่มชัด การศึกษาโดยมากเป็นการศึกษาทัศนคติที่มีต่อการทำแท้งและกฎหมายการทำแท้ง และบางส่วนศึกษาจากคนไข้ที่ได้รับอันตรายจากการทำแท้งและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ ในระยะหลัง มีเพียงแต่ข่าวการทำแท้งตามหน้าหนังสือรายวันเท่านั้น แต่งานวิจัยเกี่ยวกับปัญหาการทำแท้งดูเหมือนลดน้อยลงทีเดียว เพราะการเก็บรวบรวมข้อมูลทำได้ค่อนข้างยาก การทำแท้งยังเป็นเรื่องปกปิด และผู้หญิงอีกจำนวนมากไม่กล้าเปิดเผยว่าตนเองเคยทำแท้งมาแล้ว ตลอดจนคนไข้ที่ทำแท้งเข้ารักษาในโรงพยาบาลซึ่งเคยเป็นกลุ่มที่ใช้ในการศึกษาก็มีจำนวนลดลงมาก เพราะการทำแท้งมีความปลอดภัยมากขึ้นจากการบริการทำแท้งที่ถูกต้องทางการแพทย์เพิ่มขึ้น (สุพร เกิดสว่าง, 2529) ดังนั้น การศึกษานี้ต้องการเสริมความรู้เกี่ยวกับปัญหาการทำแท้งโดยศึกษาจากผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาและตัดสินใจทำแท้ง

## 2. วัตถุประสงค์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา

2. ศึกษาสาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงเกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา

3. ศึกษากระบวนการตัดสินใจทำแท้ง โดยพิจารณาในเรื่องต่อไปนี้

3.1 บุคคลแรกที่ผู้หญิงปรึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

3.2 บุคคลที่แนะนำให้ทำแท้ง

3.3 สาเหตุที่ต้องทำแท้ง

3.4 ความรู้สึกระหว่างตัดสินใจทำแท้ง

3.5 ระยะเวลาที่ตัดสินใจทำแท้ง

## 3. วิธีการวิจัย

เนื่องจากข้อจำกัดในด้านกฎหมาย แหล่งบริการทำแท้งย่อมไม่อยากเปิดเผยสถานที่ของตนเอง หรือข้อมูลของผู้หญิงที่ตัดสินใจทำแท้ง ซึ่งต้องการเก็บไว้เป็นความลับ การวิจัยนี้ต้องใช้ความพยายามอย่างยิ่งในการขอความร่วมมือจากแหล่งบริการเหล่านี้ ซึ่งมีคลินิค 3 แห่งในเขตกรุงเทพมหานครอนุญาตให้สัมภาษณ์ผู้หญิงที่มาใช้บริการ การเก็บรวบรวมข้อมูลเกิดขึ้นระหว่างวันที่ 22 กรกฎาคม ถึง 22 สิงหาคม 2536 ใช้วิธีสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม จำนวนผู้หญิงที่ยอมให้สัมภาษณ์ทั้งหมด 124 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ทั้งสถิติเชิงพรรณาและสถิติขั้นสูง ซึ่งได้แก่ Multiple regression analysis และ Binary และ Multinomial logit analysis

## 4. ลักษณะของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา

ลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา ซึ่งได้แสดงไว้ในตารางที่ 1 พบว่า ผู้หญิงกลุ่มนี้ยังมีอายุน้อย โดยอายุเฉลี่ยเพียง 21.8 ปี และประมาณครึ่งหนึ่งเป็นวัยรุ่น ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนามีทั้งที่แต่งงานและยังไม่ได้แต่งงาน ร้อยละ 54.4 เป็นผู้หญิงโสด และร้อยละ 25 เป็นผู้ที่สมรสทั้งที่มีทะเบียนสมรสหรือแค่ทำพิธีสมรสเพียงอย่างเดียว อีกร้อยละ 15.3 เป็นผู้ที่อยู่กันเฉย ๆ โดยไม่มีพิธีสมรสหรือจดทะเบียนสมรส นอกนั้นร้อยละ 5.6 เป็นหม้าย หย่าร้าง และแยกกันอยู่ การศึกษาของผู้หญิงกลุ่มนี้ค่อนข้างสูง คือ ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนามีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (ร้อยละ 27.4) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นต้น (ปวช.) (ร้อยละ 23.4) และปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 21.8) นอกนั้นจบการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 16.1) และอนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) (ร้อยละ 11.3) ผู้หญิงที่ตัดสินใจทำแท้งเหล่านี้มีกระจายอยู่ตามกลุ่มอาชีพต่าง ๆ กลุ่มแรกทำงานอยู่ในระดับสูง คือ ทำงานบริษัท รัฐวิสาหกิจ และราชการ ซึ่งมีร้อยละ 28.2 กลุ่มที่สอง คือ นักเรียน นิสิต นักศึกษา ซึ่งมีร้อยละ 24.2 กลุ่มที่สามเป็นกลุ่มที่ทำงานในระดับต่ำ ซึ่งได้แก่ พวกรับจ้าง กรรมกร ค้าขาย และทำงานบริการตามสถานเริงรมย์ มีร้อยละ 34.6 และกลุ่มสุดท้าย เป็นแม่บ้าน/ไม่ได้ทำงานอีกร้อยละ 12.9

**ตารางที่ 1 ลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคมและประชากรของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา**

| ลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากร | | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **อายุ** | | |
| | 15-19 | 50.8 |
| | 20-24 | 18.5 |
| | 25-29 | 17.7 |
| | 30-34 | 7.3 |
| | > 34 | 5.6 |
| | รวม | 100.0 |
| | อายุเฉลี่ย (ปี) | 21.8 |
| **สถานภาพสมรส** | | |
| | โสด | 54.4 |
| | สมรส | 25.0 |
| | อยู่ด้วยกันเฉย ๆ | 15.3 |
| | หม้าย หย่า แยก | 5.6 |
| | รวม | 100.0 |
| **การศึกษา** | | |
| | ต่ำกว่าประถมศึกษาตอนต้น | 2.4 |
| | ประถมศึกษาตอนต้น | 5.6 |
| | ประถมศึกษาตอนปลาย | 8.1 |
| | มัธยมศึกษาตอนต้น | 27.4 |
| | ม.ปลาย, ปวช. | 23.4 |
| | อนุปริญญา, ปวส. | 11.3 |
| | ปริญญาตรี/สูงกว่า | 21.8 |
| | รวม | 100.0 |
| **อาชีพ** | | |
| | แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน | 12.9 |
| | นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา | 24.2 |
| | บริษัท/ห้างร้าน/เอกชน | 18.5 |
| | ราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 9.7 |
| | รับจ้าง/กรรมกร | 16.1 |
| | เกษตรกร | 3.2 |
| | ค้าขาย | 10.5 |
| | ให้บริการตามสถานเริงรมย์ | 4.8 |
| | รวม | 100.0 |
| | (จำนวน) | (124) |

**4.1 การคุมกำเนิดในสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา**

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในการวางแผนครอบครัว และวิธีคุมกำเนิดก็เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย หากผู้ที่มีเพศสัมพันธ์เลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง โอกาสที่จะตั้งครรภ์ย่อมต่ำ ดังนั้นจึงน่าสนใจและค้นหาคำอธิบายว่าผู้หญิงเหล่านี้ได้ใช้วิธีคุมกำเนิดหรือไม่ และเหตุใดจึงไม่ใช้วิธีคุมกำเนิด ตารางที่ 2 ได้แสดงการใช้วิธีคุมกำเนิดของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา ผลปรากฏว่าผู้หญิงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.7) ไม่ใช้วิธีคุมกำเนิดระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ทั้ง ๆ ที่ทุกคนบอกว่ารู้จักวิธีคุมกำเนิด เหตุผลที่ไม่ใช้วิธีคุมกำเนิด (ซึ่งตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ เหตุผลกลุ่มแรกคือ คิดว่าการตั้งครรภ์คงไม่เกิดขึ้น หรือคู่สมรส/เพื่อนชายอยู่บ้างไม่อยู่บ้าง เหตุผลกลุ่มที่สองจะเกี่ยวกับปัญหาคุมกำเนิด ซึ่งได้แก่ ไม่สะดวกในการใช้ คู่สมรส/เพื่อนชายไม่ยอมให้ใช้ เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่เป็นไปตามธรรมชาติ ไม่มีเวลาไปใช้บริการวางแผนครอบครัว และไม่มีเงิน และเหตุผลกลุ่มสุดท้าย คือ ไม่คิดว่าจะมีเพศสัมพันธ์

สำหรับผู้หญิงที่ตอบว่าใช้วิธีคุมกำเนิดนั้น 9 คนใน 19 คน ใช้วิธีธรรมชาติ คือหลั่งภายนอกและนับระยะปลอดภัย ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพต่ำในการป้องกันการเกิด จึงทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์สูง ที่เหลืออีก 10 คน ใช้วิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่ คือยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย และยาฉีดคุมกำเนิด แต่ก็พบความล้มเหลวของการใช้วิธีคุมกำเนิดเหล่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากบางคนใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างไม่ถูกต้อง เช่นลืมกินยาคุมกำเนิดไปบ้างบางวัน ถุงยางแตก และจำวันฉีดยาผิด เป็นต้น

ผลของการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้หญิงกลุ่มนี้ยังขาดความรู้ด้านเพศศึกษา ไม่หลีกเลี่ยงปัญหาทางเพศ และไม่รู้จักป้องกันตัวเอง งานวิจัยในสหรัฐอเมริกาก็พบเช่นเดียวกัน มีเพียงหนึ่งในสี่ของวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างสม่ำเสมอ ถึงแม้ว่าการคุมกำเนิดจะมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย ผู้ที่ใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอมักจะเป็นพวกเจนจัดกับเพศสัมพันธ์ ส่วนการตั้งครรภ์นอกสมรสมักเกิดจากผู้หญิงที่ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอกับผู้ชาย (Collins, 1985) เมื่อพิจารณาถึงวิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่ ทั้งยาฉีดคุมกำเนิด และห่วงอนามัย จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล ส่วนยาเม็ดคุมกำเนิดต้องรับประทานอย่างถูกต้องและต่อเนื่องก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์ จึงจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันสูง ดังนั้นผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์ไม่สม่ำเสมอจึงรู้สึกว่าไม่สะดวกที่ใช้วิธีคุมกำเนิดเหล่านี้ โดยเฉพาะผู้หญิงโสดจะเกิดความรู้สึกละอายที่จะไปใช้บริการวางแผนครอบครัว หรือรู้สึกว่าผิดในการคุมกำเนิด เพราะทำให้ดูเหมือนว่าเป็นการเตรียมตัวจะมีเพศสัมพันธ์ (Forrest, 1988) ดังนั้นดูเหมือนถุงยางอนามัยและวิธีธรรมชาติเป็นวิธีที่สะดวกสำหรับผู้ที่มีเพศสัมพันธ์เป็นบางครั้งบางคราว แต่เป็นที่ทราบกันดีว่าวิธีธรรมชาติมีโอกาสผิดพลาดสูง ส่วนการใช้ถุงยางอนามัยอาจถูกปฏิเสธจากเพื่อนชายหรือคู่สมรส เพราะรู้สึกว่าการร่วมเพศนั้นไม่เป็นไปตามธรรมชาติ

**ตารางที่ 2** ร้อยละของการคุมกำเนิดของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา

| การคุมกำเนิด | ร้อยละ |
|---|---|
| **การใช้วิธีคุมกำเนิดระหว่างมีเพศสัมพันธ์** | |
| ไม่ใช้ | 84.7 |
| ใช้ | 15.3 |
| รวม | 100.0 |
| (จำนวน) | (124) |
| **เหตุผลที่ไม่ใช้วิธีคุมกำเนิด** | |
| คิดว่าคงจะไม่ตั้งครรภ์ | 51.6 |
| คู่สมรส/เพื่อนชายอยู่บ้างไม่อยู่บ้าง | 30.6 |
| คู่สมรส/เพื่อนชายไม่ยอมคุม | 30.6 |
| ไม่สะดวก | 31.5 |
| ภาวะแทรกซ้อน | 11.3 |
| ไม่เป็นธรรมชาติ | 8.9 |
| ไม่มีเวลาไปใช้บริการ | 2.4 |
| ไม่มีเงิน | 3.2 |
| ไม่คิดว่าจะมีการร่วมเพศ | 21.0 |
| อื่น ๆ | 1.6 |
| (จำนวน) | (105) |

จากนั้น เมื่อถามว่าถ้าต่อไป ไม่ต้องการตั้งครรภ์อีกจะใช้วิธีคุมกำเนิดหรือไม่ ร้อยละ 81.3 ของผู้หญิงที่สัมภาษณ์จะใช้วิธีคุมกำเนิด และร้อยละ 16.9 จะไม่ใช้หรือไม่แน่ใจจะใช้วิธีคุมกำเนิดในอนาคต โดยใช้ Binary logit analysis วิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการใช้วิธีคุมกำเนิดในอนาคต ซึ่งได้แสดงผลไว้ในตารางที่ 3 ผลปรากฏว่า อาชีพของผู้หญิงเท่านั้นที่มีผลกระทบต่อการใช้วิธีคุมกำเนิดในอนาคตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และน่าแปลกใจที่ผู้หญิงที่ประกอบอาชีพในระดับต่ำ/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน จะใช้วิธีคุมกำเนิดในอนาคตมากกว่าทั้งผู้หญิงที่กำลังเรียนอยู่และที่ประกอบอาชีพในระดับสูง จากค่าอัตราส่วนความเสี่ยง (odds ratio) สามารถแปลความได้ว่า อัตราส่วนของผู้ที่จะใช้วิธีคุมกำเนิดต่อผู้

ไม่ใช้ของผู้หญิงที่ประกอบอาชีพในระดับต่ำ/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน จะเป็น 7.7 และ 7.5[3] เท่าของอัตราส่วนเดียวกันของผู้หญิงที่กำลังเรียนอยู่และที่ประกอบอาชีพในระดับสูง ผลที่ได้อาจอธิบายได้ว่าผู้หญิงที่กำลังเรียนและที่ประกอบอาชีพในระดับสูงอาจจะเป็นผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ไม่บ่อยนัก หรือขยาดที่จะมีเพศสัมพันธ์อีก จึงเกิดความลังเลใจที่จะตอบว่าจะใช้วิธีคุมกำเนิด

**ตารางที่ 3** การวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการใช้วิธีคุมกำเนิดในอนาคต โดย Binary Logit Analysis

| ปัจจัยต่าง ๆ | β | Odds Ratio | s.e. |
|---|---|---|---|
| อายุ | -0.0149 | 0.9855 | 0.0821 |
| การศึกษา (ปี) | 0.1085 | 1.1146 | 0.1005 |
| ผู้ที่สมรสแล้ว[1] | 1.1322 | 3.1025 | 0.7906 |
| ผู้ที่กำลังเรียน[2] | -2.0413* | 0.1299 | 0.8139 |
| ผู้ที่ประกอบอาชีพในระดับสูง[2] | -2.0203* | 0.1326 | 0.8084 |
| ค่าคงที่ | 1.6952 | | 1.3780 |
| Chi-Square | 17.573**, df=5 | | |
| ร้อยละที่ทำนายถูก | 83.1 | | |
| ร้อยละที่จะใช้วิธีคุมกำเนิด | 82.3 | | |

[1]กลุ่มอ้างอิง คือ ผู้หญิงโสด

[2]กลุ่มอ้างอิง คือ ผู้ที่ประกอบอาชีพในระดับต่ำ/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญที่ระดับ .01

## 5. กระบวนการตัดสินใจทำแท้ง

การวิจัยนี้จะวิเคราะห์กระบวนการตัดสินใจทำแท้งตั้งแต่เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์จะปรึกษาใครคนแรก ใครแนะนำให้ทำแท้ง สาเหตุที่ทำแท้ง ความรู้สึกในระหว่างตัดสินใจทำแท้ง และระยะเวลาที่ตัดสินใจทำแท้ง

### 5.1 บุคคลแรกที่ปรึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

เมื่อผู้หญิงทราบว่าตนเองตั้งครรภ์โดยไม่ได้คาดคิดมาก่อนย่อมเกิดความรู้สึกสับสน บ้างอาจจะตกใจ ดีใจ หรือเสียใจ ในช่วงเวลาที่วุ่นวายใจ สตรีเหล่านี้เลือกปรึกษาใครคนแรก ในตารางที่ 4 แสดงให้เห็น

---

[3] ค่า 7.7 คือ อัตราส่วนความเสี่ยงที่คำนวณจาก 1/อัตราส่วนความเสี่ยง ของผู้หญิงที่กำลังเรียนอยู่ซึ่ง เท่ากับ $\frac{1}{.1299}$ (ดูจากตารางที่ 3) ค่า 7.5 ก็คำนวณได้ในทำนองเดียวกัน ซึ่งมาจาก $\frac{1}{.1326}$

ว่าผู้หญิงตัวอย่างเมื่อทราบว่าตนเองตั้งครรภ์จะปรึกษาคู่สมรส/เพื่อนชายเป็นคนแรกมากที่สุด คือร้อยละ 55.6 นอกนั้น ร้อยละ 22.6 จะไม่ปรึกษาใคร และอีกร้อยละ 21.8 จะปรึกษาคนอื่น ๆ ซึ่งได้แก่ พ่อแม่ เพื่อน และญาติพี่น้อง การที่ผู้หญิงบางส่วนไม่ปรึกษาใครอาจจะเป็นเพราะไม่อยากให้ใครรู้ กลัวว่าคนใกล้ชิดจะไม่เข้าใจ ตำหนิและประนามเธอ

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อบุคคลคนแรกที่ผู้หญิงปรึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ โดย Multinomial Logit Analysis

| ปัจจัยต่าง ๆ | ไม่ปรึกษาใคร/คนอื่น ๆ | | คู่สมรสหรือเพื่อนชาย/คนอื่น ๆ | |
|---|---|---|---|---|
| | β | s.e. | β | s.e. |
| อายุ | -0.0119 | 0.0905 | -0.0373 | 0.0862 |
| การศึกษา (ปี) | 0.2411 | 0.1254 | 0.1472 | 0.1083 |
| ผู้ที่สมรสแล้ว[1] | 2.4044* | 1.0817 | 3.8172** | 1.0403 |
| ผู้ที่กำลังเรียน[2] | -2.2490* | 1.0065 | 0.2309 | 0.7030 |
| ผู้ที่ประกอบอาชีพในระดับสูง[2] | -2.1844** | 0.8338 | -2.0318** | 0.7878 |
| ค่าคงที่ | 1.7272 | 1.4758 | -0.4177 | 1.3669 |
| -2 Log Likelihood | 165.27**, df=104 | | | |
| ร้อยละที่ไม่ปรึกษาใคร | 22.6 | | | |
| ร้อยละที่ปรึกษาคู่สมรส/เพื่อนชาย | 55.6 | | | |
| ร้อยละที่ปรึกษาคนอื่น ๆ | 21.8 | | | |

[1]กลุ่มอ้างอิง คือ ผู้หญิงโสด

[2]กลุ่มอ้างอิง คือ ผู้ที่ประกอบอาชีพในระดับต่ำ/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญที่ระดับ .01

เมื่อพิจารณาผลกระทบของปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรต่อการเลือกปรึกษาใครเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ โดยใช้ Multinomial logit analysis ซึ่งได้แสดงไว้ในตารางที่ 4 เช่นกัน ผลของการวิเคราะห์พบว่าสถานภาพสมรสและอาชีพมีอิทธิพลต่อการปรึกษาใคร เกี่ยวกับการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพื่อความสะดวกในการอ่านผลจึงขอเสนอค่าความน่าจะเป็น ซึ่งคำนวณได้จากสัมประสิทธิ์ลอจิ (logit coefficient) และได้แสดงค่าไว้ในตาราง 5 (ดูวิธีการคำนวณได้จาก Agresti, 1990) ผลของการศึกษานี้ ค้นพบปรากฏการณ์สำคัญ 2 อย่าง ประการแรก คือ ผู้หญิงสมรสแล้วส่วนใหญ่จะปรึกษาคู่สมรส/เพื่อนชาย ในขณะที่ผู้หญิงโสดจะเลือกปรึกษาเพื่อนชายด้วยความน่าจะเป็นเพียง 0.354 แต่จะปรึกษาคนอื่น ๆ และไม่ปรึกษาใคร ด้วยความน่าจะเป็น 0.399 และ 0.247 ตามลำดับ ผลที่ได้นี้ชี้ให้

เห็นผู้หญิงโสดอาจมีความละอายและไม่อยากให้ใครรู้ว่าตนเองกำลังตั้งครรภ์มากกว่าผู้หญิงสมรสแล้ว รวมทั้งกลัวปฏิกริยาจากเพื่อนชายที่อาจจะตำหนิหรือไม่รับผิดชอบใด ๆ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์นี้ ปรากฏการณ์ที่สองคือ ผู้หญิงที่มีอาชีพต่าง ๆ จะเลือกบุคคลที่จะปรึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์แตกต่างกันด้วย และความแตกต่างนี้จะเห็นได้ชัดเจนในกลุ่มผู้หญิงโสด กล่าวคือ ผู้หญิงโสดที่กำลังเรียนอยู่จะปรึกษาเพื่อนชายมากที่สุด (0.608) แต่ผู้หญิงโสดที่ประกอบอาชีพในระดับสูงส่วนใหญ่จะปรึกษาเพื่อน พ่อแม่ และญาติพี่น้อง (0.705) และผู้หญิงโสดที่ประกอบอาชีพในระดับต่ำ/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน จะไม่ปรึกษาใครมากที่สุด (0.443) รองลงมาจะปรึกษาเพื่อนชาย (0.334) และปรึกษาคนอื่น ๆ น้อยที่สุด (0.224)

**ตารางที่ 5** ความน่าจะเป็นของคนแรกที่ผู้หญิงปรึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

| ปัจจัยต่าง ๆ | บุคคลที่ผู้หญิงปรึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ | | |
|---|---|---|---|
| | ไม่ปรึกษาใคร | คู่สมรส/เพื่อนชาย | คนอื่น ๆ |
| **สถานภาพสมรส** | | | |
| โสด | 0.247 | 0.354 | 0.399 |
| สมรสแล้ว | 0.142 | 0 837 | 0.021 |
| **อาชีพ** | | | |
| ผู้ที่กำลังเรียน | 0.050 | 0.869 | 0.080 |
| ผู้ที่ประกอบอาชีพในระดับสูง | 0.240 | 0.403 | 0.357 |
| ผู้ที่ประกอบอาชีพในระดับต่ำ/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน | 0.383 | 0.553 | 0.064 |
| **ผู้หญิงโสด** | | | |
| ผู้ที่กำลังเรียน | 0.068 | 0.608 | 0.324 |
| ผู้ที่ประกอบอาชีพในระดับสูง | 0.157 | 0.138 | 0.705 |
| ผู้ที่ประกอบอาชีพในระดับต่ำ/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน | 0.443 | 0.334 | 0.224 |
| **ผู้ที่สมรสแล้ว** | | | |
| ผู้ที่กำลังเรียน | 0.026 | 0.963 | 0.011 |
| ผู้ที่ประกอบอาชีพในระดับสูง | 0.200 | 0.719 | 0.081 |
| ผู้ที่ประกอบอาชีพในระดับต่ำ/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน | 0.242 | 0.747 | 0.011 |

หมายเหตุ การคำนวณหาค่าความน่าจะเป็นจะแทนค่าเฉลี่ยของตัวแปรต่าง ๆ

**5.2 บุคคลที่แนะนำให้ทำแท้ง**

เมื่อผู้หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาย่อมตื่นตระหนกกับอนาคตที่กำลังจะเปลี่ยนแปลงไป ความรู้สึกขัดแย้งระหว่างตัดสินใจว่า จะปล่อยให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป หรือยุติการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้ง ในขณะนั้นมีใครบ้างที่แนะนำให้ผู้หญิงเหล่านี้ทำแท้ง การวิจัยพบว่า ร้อยละ 62.9 ของผู้หญิงจะตอบว่าตัวเอง นอกนั้นร้อยละ 21.8 และ 15.4 ของผู้หญิงจะบอกว่าคู่สมรส/เพื่อนชาย และเพื่อน/พ่อแม่ เป็นผู้แนะนำให้ทำแท้งตามลำดับ ผลที่ได้แตกต่างจากบุคคลที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และดูเหมือนเมื่อเกิดปัญหาขึ้น ผู้หญิงต้องแก้ปัญหาด้วยตนเอง

**ตารางที่ 6** การวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อบุคคลที่แนะนำให้ทำแท้ง โดย Multinomial Logit Analysis

| ปัจจัยต่าง ๆ | คิดเอง/คนอื่น ๆ | | คู่สมรสหรือเพื่อนชาย/คนอื่น ๆ | |
|---|---|---|---|---|
| | β | s.e | β | s.e |
| อายุ | -0.1777* | 0.0851 | -0.3349** | 0.1205 |
| การศึกษา (ปี) | 0.2974* | 0.1175 | 0.1578 | 0.1270 |
| ผู้ที่สมรสแล้ว[1] | 3.1712 | 1.1209 | 2.6580* | 1.2444 |
| ผู้ที่กำลังเรียน[2] | -3.9773** | 1.2744 | -2.4956* | 1.2264 |
| ผู้ที่ประกอบอาชีพในระดับสูง[2] | -2.7269* | 1.1929 | -3.4344* | 1.3719 |
| ค่าคงที่ | 3.2103 | 1.8357 | 6.6718** | 2.2005 |
| -2 Log Likelihood | 135.76**, df=104 | | | |
| ร้อยละที่คิดเองจะทำแท้ง | 62.9 | | | |
| ร้อยละที่คู่สมรส/เพื่อนชายให้คำแนะนำ | 21.8 | | | |
| ร้อยละที่คนอื่น ๆ ให้คำแนะนำ | 15.3 | | | |

[1]กลุ่มอ้างอิง คือ ผู้หญิงโสด

[2]กลุ่มอ้างอิง คือ ผู้ที่ประกอบอาชีพในระดับต่ำ/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญที่ระดับ .01

เมื่อวิเคราะห์บุคคลที่แนะนำให้ทำแท้งจะแตกต่างกันหรือไม่ ตามสถานะทางเศรษฐกิจ สังคมและประชากรของผู้หญิง โดยใช้ Multinomial logit analysis ผลการวิเคราะห์ได้เสนอไว้ในตารางที่ 6 และความน่าจะเป็นของบุคคลที่แนะนำให้ทำแท้ง ได้แสดงไว้ในตารางที่ 7 การศึกษานี้พบว่า อายุ การศึกษา อาชีพ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับผู้ที่แนะนำให้ทำแท้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้หญิงที่มีอายุมาก การศึกษาสูง หรือเป็นคนที่สมรสแล้ว ดูเหมือนจะคิดเองว่าจะไปทำแท้งมากกว่าสตรีที่อายุน้อย

การศึกษาต่ำหรือคนโสด ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า วัย วุฒิภาวะทางการศึกษาตลอดจนประสบการณ์ชีวิตสมรสช่วยให้ผู้หญิงตัดสินใจแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาด้วยวิจารณญาณของตนเอง นอกจากนี้ผู้หญิงที่ประกอบอาชีพทั้งในระดับสูงหรือระดับต่ำส่วนใหญ่คิดเองว่าจะไปทำแท้ง ส่วนผู้หญิงที่กำลังเรียนอยู่โดยเฉพาะคนโสดมีเพียงส่วนน้อยที่คิดเองหรือได้รับคำแนะนำจากเพื่อนชาย แต่เพื่อนและพ่อแม่กลับมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำแท้งสำหรับผู้หญิงกลุ่มนี้

ตารางที่ 7 ความน่าจะเป็นของบุคคลที่แนะนำให้ทำแท้ง

| ปัจจัยต่าง ๆ | บุคคลที่แนะนำให้ทำแท้ง | | |
|---|---|---|---|
| | คิดเอง | คู่สมรส/เพื่อนชาย | คนอื่น ๆ |
| **อายุ** | | | |
| 15 | 0.616 | 0.367 | 0.017 |
| 19 | 0.727 | 0.231 | 0.042 |
| 24 | 0.778 | 0.113 | 0.109 |
| **การศึกษา (ปี)** | | | |
| 6 | 0.543 | 0.226 | 0.232 |
| 9 | 0.690 | 0.189 | 0.121 |
| 12 | 0.799 | 0.144 | 0.057 |
| 16 | 0.889 | 0.092 | 0.019 |
| **สถานภาพสมรส** | | | |
| โสด | 0.600 | 0.156 | 0.244 |
| สมรสแล้ว | 0.853 | 0.132 | 0.015 |
| **อาชีพ** | | | |
| ผู้ที่กำลังเรียน | 0.376 | 0.289 | 0.336 |
| ผู้ที่ประกอบอาชีพในระดับสูง | 0.745 | 0.064 | 0.191 |
| ผู้ที่ประกอบอาชีพในระดับต่ำ/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน | 0.839 | 0.147 | 0.014 |
| **ผู้หญิงโสด** | | | |
| ผู้ที่กำลังเรียน | 0.172 | 0.168 | 0.660 |
| ผู้ที่ประกอบอาชีพในระดับสูง | 0.453 | 0.049 | 0.498 |
| ผู้ที่ประกอบอาชีพในระดับต่ำ/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน | 0.773 | 0.171 | 0.056 |
| **ผู้ที่สมรสแล้ว** | | | |
| ผู้ที่กำลังเรียน | 0.573 | 0.334 | 0.092 |
| ผู้ที่ประกอบอาชีพในระดับสูง | 0.900 | 0.059 | 0.041 |
| ผู้ที่ประกอบอาชีพในระดับต่ำ/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน | 0.881 | 0.117 | 0.003 |

หมายเหตุ การคำนวณหาค่าความน่าจะเป็นจะแทนค่าเฉลี่ยของตัวแปรต่าง ๆ

5.3 เหตุผลในการทำแท้ง

ผู้หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาโดยมากให้เหตุผลที่ต้องทำแท้งเป็นเพราะปัญหาสังคมและเศรษฐกิจ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ ดูตารางที่ 8) โดยที่เหตุผลที่ทำแท้งจะแตกต่างกันตามสถานภาพสมรส กล่าวคือ ผู้หญิงโสดจะให้เหตุผลเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านสังคมมากที่สุด ซึ่งได้แก่ ยังไม่ได้แต่งงาน ยังกำลังเรียนอยู่ และฝ่ายชายมีครอบครัวแล้วหรือไม่รับผิดชอบ สังคมมักจะประนามหญิงสาววัยรุ่นและที่ยังไม่แต่งงานซึ่งพลาดพลั้งตั้งครรภ์ขึ้น และยังปฏิเสธให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งการศึกษาและการเลี้ยงดูบุตรของผู้หญิงเหล่านี้ด้วย โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียน นิสิตและนักศึกษาเป็นกลุ่มมีทางเลือกน้อยที่สุด เพราะยังไม่สามารถหารายได้เลี้ยงตนเองได้และยังอยู่ในวัยที่จะต้องศึกษาเล่าเรียน การตั้งครรภ์เป็นสาเหตุทำให้ต้องหยุดพักการเรียน ซึ่งระบบการศึกษาไม่อนุญาตให้ผู้หญิงเหล่านี้ตั้งครรภ์ในขณะที่กำลังเรียนอยู่ในสถานศึกษา การปล่อยให้มีการตั้งครรภ์ต่อไปจึงเป็นการตัดอนาคตทางการศึกษา แม้ว่าสตรีเหล่านี้ต้องการเลือกการแต่งงานแทนการศึกษาก็ทำได้ยาก เพื่อนชายมักอยู่ในวัยเดียวกันและกำลังเรียนเช่นกัน ซึ่งคงไม่พร้อมที่จะมีครอบครัวเหมือนกัน ดังนั้นกลุ่มที่กำลังเรียนจึงมักจะตัดสินใจทำแท้งมากที่สุด ในขณะที่ผู้หญิงที่สมรสแล้วให้เหตุผลเกี่ยวกับปัจจัยทางเศรษฐกิจและสุขภาพที่เป็นสาเหตุสำคัญของการตัดสินใจทำแท้ง สาเหตุเหล่านั้นได้แก่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวย ขัดต่ออาชีพ มีบุตรเพียงพอแล้ว มีบุตรถี่เกินไป และสุขภาพไม่ดี

ตารางที่ 8 ร้อยละของเหตุผลที่ไม่ต้องการตั้งครรภ์ของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา จำแนกตามสถานภาพสมรส

| สาเหตุการทำแท้ง | สถานภาพสมรส | | รวม |
|---|---|---|---|
| | โสด | สมรส | |
| กำลังเรียน | 40.3 | 7.0 | 25.0 |
| ยังไม่ได้แต่งงาน | 82.1 | 14.0 | 50.8 |
| ฝ่ายชายมีครอบครัวแล้ว หรือไม่รับผิดชอบ | 38.8 | 14.0 | 27.4 |
| มีความสัมพันธ์กับชายอื่น | 0.0 | 8.8 | 4.0 |
| ถูกข่มขืน | 7.5 | 3.5 | 5.6 |
| ฐานะการเงินไม่อำนวยให้มีบุตร | 32.8 | 49.4 | 40.3 |
| มีบุตรเพียงพอแล้ว | 0.0 | 19.3 | 8.9 |
| มีบุตรถี่เกินไป | 0.0 | 12.6 | 5.6 |
| ขัดต่ออาชีพ | 6.0 | 31.6 | 17.7 |
| สุขภาพไม่ดี ร่างกายไม่แข็งแรง | 7.5 | 29.8 | 16.9 |
| อื่น ๆ | 0.0 | 10.5 | 4.8 |

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

**5.4 ความรู้สึกระหว่างการตัดสินใจทำแท้ง**

ในระหว่างตัดสินใจทำแท้ง ความรู้สึกของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ความรู้สึกกลุ่มแรกเกี่ยวกับจริยธรรมและศีลธรรม ได้แก่ กลัวคนอื่นจะรู้ว่าไปทำแท้ง คิดว่าการทำแท้งเป็นบาป และรู้สึกเสียใจที่ต้องตัดสินใจทำแท้ง ความรู้สึกกลุ่มที่สองเกี่ยวกับชีวิตและสุขภาพ ได้แก่กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับการทำแท้ง กลัวว่าอาจจะไม่สามารถมีลูกได้อีก และกลัวว่าสุขภาพจะไม่แข็งแรง ตารางที่ 9 ซึ่งได้แสดงความรู้สึกต่าง ๆ ระหว่างตัดสินใจทำแท้งจะแตกต่างกันมากทีเดียวระหว่างคนโสดกับคนที่เคยสมรส ผู้หญิงโสดนอกจากกลัวอันตรายจากการทำแท้งแล้ว ยังกังวลกลัวคนอื่นรู้ว่าไปทำแท้ง ซึ่งสังคมไทยยังประนามหรือตำหนิผู้หญิงที่ทำแท้ง หาว่าเป็นผู้หญิงที่มีความประพฤติไม่ดี สำส่อนทางเพศ และโหดร้ายฆ่าลูกได้ ตลอดจนผู้ชายไทยยังภาคภูมิใจความบริสุทธิ์ของหญิงที่แต่งงาน จึงเป็นเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงโสดต้องการปิดบังความจริงที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ มากกว่าครึ่งของผู้หญิงโสดรู้สึกว่าบาปกับการทำแท้ง เพราะข้อห้ามในศาสนาพุทธที่ห้ามฆ่าสัตว์ตัดชีวิต จึงสร้างความรู้สึกบาปแก่ผู้หญิงเหล่านี้ไม่น้อย อย่างไรก็ตาม เพียงร้อยละ 29.9 รู้สึกเสียใจที่ตัดสินใจทำแท้ง แม้ว่าจะรู้สึกบาปแต่การทำแท้งอาจจะเป็นทางออกที่ดีกว่าปล่อยให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป ซึ่งจะเปลี่ยนวิถีชีวิตสตรีเหล่านี้อย่างมากมาย จึงไม่ค่อยรู้สึกเสียใจกับการกระทำที่ตัดสินใจไป ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้หญิงที่สมรสแล้ว นอกจากรู้สึกกลัวอันตรายจากการทำแท้งเช่นเดียวกับผู้หญิงโสดแล้ว ดูเหมือนจะรู้สึกบาปและเสียใจกับการทำแท้งไม่น้อย คงเป็นเพราะความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถรับผิดชอบกับชีวิตน้อย ๆ ที่อยากลืมตาดูโลกได้และเด็กควรเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

**ตารางที่ 9 ร้อยละของความรู้สึกระหว่างการตัดสินใจทำแท้งของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา จำแนกตามสถานภาพสมรส**

| ความรู้สึกระหว่างตัดสินใจทำแท้ง | สถานภาพสมรส | | รวม |
|---|---|---|---|
| | โสด | สมรส | |
| กลัวว่าคนอื่นจะรู้ว่าไปทำแท้ง | 70.1 | 40.4 | 56.5 |
| คิดว่าการทำแท้งเป็นบาป | 55.2 | 64.9 | 59.7 |
| รู้สึกเสียใจที่ตัดสินใจทำแท้ง | 29.9 | 57.9 | 42.7 |
| กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับการทำแท้ง | 85.1 | 66.7 | 76.6 |
| กลัวว่าหลังทำแท้งแล้วอาจไม่สามารถมีลูกได้อีก | 26.9 | 38.6 | 32.3 |
| กลัวว่าหลังทำแท้งแล้วสุขภาพจะไม่แข็งแรง | 25.4 | 38.6 | 31.5 |

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

**5.5 ระยะเวลาที่ตัดสินใจทำแท้ง**

การตัดสินใจทำแท้งไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะสามารถตัดสินใจได้ในทันทีทันใด ความกดดันของสังคม จากวัฒนธรรม ศีลธรรม และสภาวะทางเศรษฐกิจ ตลอดจนความรู้สึกต่าง ๆ น่าจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำแท้ง การศึกษาครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ตัดสินใจทำแท้งนับตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์ครั้งแรก เป็นเวลาเฉลี่ย 15.7 วัน ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อระยะเวลาที่ใช้ตัดสินใจทำแท้ง ได้เสนอไว้ในตารางที่ 10 ผลที่ได้ชี้ให้เห็นว่าอายุครรภ์เมื่อทราบครั้งแรกมีอิทธิพลกับระยะเวลาที่ใช้ตัดสินใจทำแท้งมากที่สุด โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบเมื่ออายุครรภ์เพิ่มขึ้น 1 เดือนจะทำให้สตรีตัดสินใจเร็วขึ้น 12 วัน ทั้งนี้เนื่องจากเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น การทำแท้งทำได้ยากยิ่งขึ้นและไม่ปลอดภัย เพราะเด็กเริ่มมีอวัยวะครบ ตลอดจนสถานที่รับทำแท้งจะไม่ค่อยรับทำหรือรับทำในราคาที่แพงขึ้น (Norkavonnakit, 1979) การทำแท้งภายใน 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์จะทำได้ง่ายและมีความปลอดภัยสูง โดยเฉพาะทำกับแพทย์ (David, 1992)

**ตารางที่ 10** การวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อระยะเวลาตัดสินใจทำแท้ง โดย Multiple Regression Analysis

| ปัจจัยต่าง ๆ | β | s.e. |
|---|---|---|
| อายุ | -0.2223 | 0.3877 |
| ผู้ที่สมรสแล้ว[1] | -11.9607** | 4.4845 |
| อายุครรภ์เมื่อทราบครั้งแรก | -12.1253** | 2.1248 |
| ผู้ที่กำลังเรียน[2] | -9.6459* | 4.5814 |
| ผู้ที่ประกอบอาชีพในระดับสูง[2] | -3.6098 | 4.2616 |
| กลัวคนอื่นรู้/บาป/เสียใจ | -4.4757 | 2.4366 |
| กลัวอันตรายต่อชีวิต/สุขภาพ | 6.2937** | 2.0826 |
| | 48.4031 | 10.5090 |
| Adjusted R Square | 0.2569 | |
| Standard Error | 18.3517 | |
| F-ratio | 7.0745** | |
| ระยะเวลาเฉลี่ยที่ตัดสินใจทำแท้ง (วัน) | 15.7 | |

[1]กลุ่มอ้างอิง คือ ผู้หญิงโสด

[2]กลุ่มอ้างอิง คือ ผู้ที่ประกอบอาชีพในระดับต่ำ/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญที่ระดับ .01

สถานภาพสมรสเป็นตัวแปรอีกตัวหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาตัดสินใจทำแท้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้หญิงที่สมรสแล้วจะตัดสินใจทำแท้งเร็วกว่าผู้หญิงโสดประมาณ 11 วัน อาจเนื่องจากผู้หญิงสมรสแล้วทราบสถานการณ์ของตนเองได้ดีว่าไม่พร้อมที่จะมีบุตร แต่ผู้หญิงโสดมีความสับสนวุ่นวายใจมากกว่าไม่กล้าตัดสินใจ ตลอดจนผู้หญิงโสดบางคนอาจเสียเวลากับการต่อรองกับเพื่อนชายให้แต่งงานด้วย จึงทำให้ตัดสินใจช้ากว่า

ปัจจัยอีกตัวที่มีผลกระทบต่อระยะเวลาตัดสินใจทำแท้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ อาชีพ ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ ตัดสินใจทำแท้งเร็วกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพในระดับสูงและระดับต่ำ/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน ราว 6 วัน และ 10 วัน ตามลำดับ คงเนื่องจากทางเลือกน้อยและต้องรีบแก้ไขปัญหา แต่ผู้หญิงโสดและประกอบอาชีพในระดับต่ำ/ไม่ได้ทำงาน จะใช้เวลาในการตัดสินใจทำแท้งนานที่สุด อาจเป็นเพราะมีรายได้น้อย ไม่รู้แหล่งทำแท้ง หรือต้องการแต่งงานแต่ไม่สำเร็จ

ตัวแปรสุดท้ายที่มีผลกระทบต่อระยะเวลาตัดสินใจทำแท้ง คือ ความรู้สึกกลัวการทำแท้งจะมีต่อสุขภาพและชีวิต ผู้หญิงยิ่งรู้สึกกลัวอันตรายมากเท่าไร จะยิ่งทำให้ผู้หญิงตัดสินใจช้าลงมากเท่านั้น ซึ่งตรงข้ามกับความรู้สึกที่เกี่ยวกับจริยธรรมและศีลธรรม ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อระยะเวลาการตัดสินใจทำแท้ง ผลที่ได้คงสะท้อนให้เห็นว่า ผู้หญิงที่ทำแท้งมีความรู้สึกผิดหรือเสียใจกับการกระทำ แต่ดูจะมีอิทธิพลน้อยกว่าปัจจัยอื่น ๆ

## 6. สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ค้นพบว่า ผู้หญิงที่ตัดสินใจทำแท้งที่คลินิคเอกชนทั้ง 3 แห่งในกรุงเทพมหานครเป็นผู้หญิงที่อายุน้อย มีทั้งแต่งงานแล้วและยังไม่แต่งงาน มีการศึกษาค่อนข้างดี และประกอบอาชีพต่าง ๆ กัน สาเหตุที่เกิดการตั้งครรภ์ขึ้น เพราะส่วนใหญ่ไม่ใช้วิธีคุมกำเนิด หรือใช้วิธีที่มีประสิทธิภาพต่ำและใช้แบบไม่ถูกต้อง เหตุผลที่ไม่ต้องการใช้เพราะคิดว่าโอกาสตั้งครรภ์จะต่ำ ไม่คิดจะมีเพศสัมพันธ์ และมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้วิธีคุมกำเนิด เหตุผลทำแท้งมักเกี่ยวกับปัญหาสังคมและเศรษฐกิจ ผู้หญิงเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ประมาณครึ่งหนึ่ง จะนำไปปรึกษากับคู่สมรส/เพื่อนชาย แต่ผู้หญิงเหล่านี้กลับคิดทำแท้งด้วยตนเองมากกว่าครึ่ง ดูเหมือนการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาตกอยู่เป็นภาระของผู้หญิงมากกว่า คนที่อายุมาก มีการศึกษาสูง ที่แต่งงานแล้ว หรือที่ทำงานแล้วเป็นผู้ที่ใช้วิจารณญาณของตนเองในการตัดสินใจทำแท้งมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ความรู้สึกระหว่างตัดสินใจมีทั้งรู้สึกผิดและกลัวอันตราย ระยะเวลาที่ตัดสินใจในการทำแท้งขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ สถานภาพสมรส อาชีพ และความรู้สึกกลัวอันตรายจากการทำแท้ง

การแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาและการทำแท้งอย่างจริงจัง ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย นักบริหารประเทศจำเป็นต้องมีกฎหมายที่เข้มงวดกับสถานเริงรมย์ ไม่อนุญาตให้เด็กวัยรุ่นเข้าสถานเหล่านี้เด็ดขาด สื่อต่าง ๆ ควรเน้นถึงการป้องกันการตั้งครรภ์ด้วย ไม่ใช่เพียงแต่เสนอแต่ความสนุกจากการมีเพศสัมพันธ์เท่านั้น การให้เพศศึกษาในโรงเรียนควรเน้นความรับผิดชอบเรื่องการหลีกเลี่ยงเพศ

สัมพันธ์และป้องกันการเกิด โดยเฉพาะผู้ชาย นอกจากนี้ อาจถึงเวลาที่พ่อแม่ควรมีบทบาทในการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับเพศศึกษากับวัยรุ่นเหล่านี้แทนเพื่อน และควรให้กำลังใจกับเด็กที่พลาดพลั้งจนกระทั่งสามารถผ่านช่วงวิกฤตของชีวิต และเริ่มต้นชีวิตใหม่ ยิ่งไปกว่านั้นกฎหมายควรเปิดช่องว่างให้ผู้หญิงมีโอกาสได้ทำแท้งจากเหตุผลทางสังคม-เศรษฐกิจ และความล้มเหลวของการคุมกำเนิดด้วย สุดท้ายนักสังคมสงเคราะห์ควรมีการจัดบริการช่วยเหลือผู้หญิงที่เลือกให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป โดยปราศจากการสมรส

## บรรณานุกรม


ปราโมทย์ ประสาทกุล 2523 *ความคิดเห็นในแง่สังคมวิทยาและประชากรศาสตร์เกี่ยวกับการทำแท้ง* ในสุพร เกิดสว่าง (บรรณาธิการ) ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการทำแท้งในประเทศไทย กรุงเทพ : ธีระการพิมพ์

วรนิติ ธรรมนิยม 2531 *กระบวนการทำแท้งเถื่อน ธุรกิจร้อยล้านในโพรงมดลูก.* มติชนสุดสัปดาห์ (15 22 และ 29 พฤษภาคม) : 38-40

สุพร เกิดสว่าง 2529 *การทำแท้งในวัยรุ่น* ประชากรและการพัฒนา (กค-พย 29) : 4-8

Agresti, A. 1990. *Categorical Data Analyais.* New York : John Wiley & Sons.

Collins, Randall. 1985. *Sociology of Marriage and the Family*. Chicago: Nelson-Hall.

David, Henry P. 1992. *Abortion in Europe, 1920-91. A Public Health Perspective.* Studies in Family Planning 23(1) : 1-22.

Forrest, T.D. 1988. *Contraceptive Needs Through Stages of Women's Reproductive Lives.* Comtemporary Obstetrics and Gynecology 32: 12-16 and 21-22.

Henshaw, S.K. 1990 *Induced Abortion : A World Review, 1990.* Family Planning Perspectives 22(2) : 76-89.

Mahler, Halfden, 1987. *The Safe Motherhood Initiative : A Call to Action.* Lancet 21: 668-670.

Narkavonnakit, T. 1979 *Abortion in Rural Thailand: A Surrey of Practitioners.* Studies in Family Planning 10(8/9) : 223-229.

Paxman, John M. et al. 1993 *The Clandestine Epidemic: The Practice of Unsafe Abortion in Latin America.* Studies in Family Planning 24(4) : 205-226.

Ross, John A and Frankenberg. Elizabeth. 1993. *Findings from Two Decades of Family Planning Research.* New York: The Population Council.