



บทที่ 1

บทนำ

### ที่มาของปัญหา

การวิเคราะห์ทางประชากรเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ พบว่า การแท้งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์ลดลง (จอห์น โบเดล, อภิชาติ จารัสถุทธิรงค์ และนิพนธ์ เทพวัลย์ 2530: 8; Tietze and Henshaw 1986:132) ทั้งนี้เนื่องจากการแท้งแต่ละครั้งจะลดความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ได้ 3-5 เดือน ดังเช่นในประเทศญี่ปุ่นซึ่งกฎหมายเปิดโอกาสให้ทำแท้งเสรีได้ จึงมีส่วนที่ทำให้อัตราเกิดลดลงอย่างรวดเร็วและอัตราเพิ่มเหลือเพียงร้อยละ 0.49 และคาดว่าจะลดลงอีกเรื่อยๆ (IPPF Open File, 1988:11) ซึ่งเมื่อพิจารณาเรื่องนี้จะเป็นผลดีมากกว่าที่จะถือว่าเป็นปัญหาหากการแท้งหรือการทำแท้งนั้นปราศจากอันตราย แต่เท่าที่ผ่านมามีการแท้งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญมากที่เกี่ยวกับสุขภาพและชีวิตของสตรี องค์การอนามัยโลกประมาณว่า สตรีทั่วโลกต้องเสียชีวิตจากการทำแท้งปีละประมาณ 2 แสนคน ซึ่งส่วนมากจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา การแท้งนอกจากจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของสตรีผู้แท้งบุตรแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและการตั้งครรถ์ครั้งต่อไปหรือบุตรที่จะเกิดในอนาคต โดยเฉพาะถ้าสตรีผู้นั้นมีการแท้งเกิดขึ้น 2 ครั้งหรือมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป (International Family Planning Perspectives 1982:31) นอกจากนี้การทำแท้งผิดกฎหมายยังเป็นปัญหาด้านสังคมและศีลธรรม ซึ่งเป็นที่ถกเถียงกันมาช้านานเกี่ยวกับการขยายขอบเขตการทำแท้ง และทราบเท่าทุกวันนี้ก็ยังหาข้อยุติไม่ได้ เพราะการทำแท้งนั้นนับว่าเป็นปัญหาที่คาบเกี่ยวระหว่างความถูกต้องกับศีลธรรม สำหรับในประเทศไทยกฎหมายยังไม่อนุญาตให้ทำแท้งได้ ยกเว้นในรายที่ทำแท้งเพื่อสุขภาพของสตรี และในรายที่ถูกข่มขืน ดังนั้นเมื่อสตรีตั้งครรถ์แล้วไม่ต้องการบุตร จึงหาทางออกโดยการลักลอบทำแท้ง ผลเสียใหญ่หลวงที่ตามมาก็คือ อันตรายที่เกิดขึ้นกับสตรีนั้น และทำให้รัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา เช่น ค่ายาปฏิชีวนะ และการทำหัตถการเพื่อการรักษา นอกจากนี้ยังเสียโอกาสที่จะรักษาผู้ป่วยโรคอื่นๆ อีกด้วย (สุวิญ เจริญแพทย์ 2523:3; วิริวิทย์ เจริญเลิศ และสามชัย วินะยานุวัตติคุณ 2521:1) จึงมีข้อคิดว่าการแก้ไขที่แท้จริงคือต้องทำให้มีความปลอดภัย กฎหมายจะต้องเปิดโอกาสให้กว้างโดยยอมขยายขอบเขตอนุญาตการทำแท้งให้มากขึ้น เพื่อแพทย์มีสิทธิที่จะทำการรักษาได้โดยไม่ผิด

กฎหมาย สตรีผู้เคราะห์ร้ายไม่ต้องไปเสี่ยงอันตรายกับหมอเถื่อน รัฐก็จะสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ เป็นจำนวนเงินมหาศาล

การศึกษาครั้งนี้ มุ่งศึกษาลักษณะด้านเศรษฐกิจ สังคม และประชากร ของสตรีที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เนื่องจากการแท้งชนิดต่างๆ ซึ่งรวมถึงการแท้งเอง (spontaneous abortion หรือ miscarriage) การทำแท้งโดยมีข้อบ่งชี้ของแพทย์หรือการทำแท้งเพื่อการรักษา (therapeutic abortion) ซึ่งรวมเอาการแท้งเนื่องจากการตั้งครรภ์ผิดปกติ (ectopic pregnancy และ hydatidiform mole) เข้าไว้ด้วย กลุ่มสุดท้ายคือ การทำแท้งผิดกฎหมายหรือการลักลอบทำแท้ง (illegal abortion หรือ criminal abortion) เพื่อต้องการศึกษาว่า สตรีที่มีความแตกต่างในลักษณะต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นมีการแท้งที่ต่างกันหรือไม่ เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกันแก้ไขอันตรายร้ายแรงจากการแท้งหรือการทำแท้งที่จะเกิดขึ้นกับสตรีที่ตั้งครรภ์

#### ประเภทของการแท้ง

ในด้านอุบัติการณ์ของการแท้งชนิดต่างๆ นั้น พบว่า การแท้งเองตามธรรมชาติจะมีประมาณร้อยละ 10 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด แต่ถ้าวรวมการแท้งที่เกิดขึ้นในระยะแรกของการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์ และไม่มีผลทางพยาธิสภาพที่จะสนับสนุนการวินิจฉัยแล้วจะมีประมาณร้อยละ 15-20 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด (สุมิต เฝ้าสวัสต์ และคณะ 2525:115) การแท้งส่วนใหญ่จะเกิดระหว่างอายุครรภ์ 8-13 สัปดาห์ (Clayton et al., 1980:289) โดยที่ส่วนมากยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่สันนิษฐานว่าเกิดจากสาเหตุหลายอย่างร่วมกันทั้งทางแม่และเด็ก เช่น แม่อาจจะมีการติดเชื้อเฉียบพลัน หรือเป็นโรคพิษสลิส มาเลเรีย หรือมีไข้สูงอย่างเฉียบพลัน นอกจากนี้สตรีที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง ความดันโลหิตสูงมาก ก็จะทำให้เกิดการแท้งได้เช่นกัน สตรีที่มีความผิดปกติของมดลูกและปากมดลูก สตรีที่มีฮอร์โมนผิดปกติ เช่น progesterone deficiency และ hypothyroidism ก็มีโอกาสแท้งได้ นอกจากนี้เด็กอาจเสียชีวิตในครรภ์เนื่องจากได้รับรังสีหรือยาบางชนิด เช่น การฉายรังสี X-rays ยาจำพวกควินิน และสารตะกั่ว อีกสิ่งที่ทำให้เกิดแท้งได้คือ จากการกระทบกระเทือน (trauma) ต่างๆ เช่น อุบัติเหตุ ส่วนในด้านจิตใจนั้นพบว่า ถ้าได้รับการกระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงก็สามารถทำให้แท้งได้เช่นกัน (สุมิต เฝ้าสวัสต์ และคณะ 2525:117; Clayton et al., 1980:289-292) แต่โดยทั่วไปแล้วการแท้งเองตามธรรมชาติมักจะไม่มียาหรือการแทรกซ้อน โดยเฉพาะถ้าได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์

หรืออาจจะมียางรายซึ่งแท้จริงมาจากบ้านและไม่ได้รับการตรวจจากแพทย์ เมื่อมีการตกค้างของชิ้นส่วนของรกหรือ เยื่อหุ้ม เด็ก ทำให้มีการตกเลือดหรือมีการติดเชื้อได้ แต่ส่วนมากอาการมักไม่รุนแรง สำหรับการท่าแท้งที่มีข้อบ่งชี้ของแพทย์มีผู้ศึกษาไว้บ้าง และเท่าที่พบในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นั้นมีการท่าแท้งประเภทนี้ค่อนข้างน้อย และอันตรายที่ได้รับเกือบจะไม่มีเลย เมื่อเปรียบเทียบกับท่าแท้งประเภทอื่นๆ เพราะโดยปกติแพทย์จะทำแท้งให้ในกรณีที่กฎหมายอนุญาตเท่านั้น ส่วนกรณีที่พบว่าเด็กในครรภ์พิการ เช่น เด็กไร้สมอง (anencephalus) เด็กท้องมาน (hydrop fetalis) และในกรณีที่มีโอกาสเสี่ยงที่ลูกจะเกิดมาพิการ เนื่องจากแม่เป็นหัดเยอรมันก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ แพทย์อาจทำแท้งให้ ทั้งนี้โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะสูติแพทย์ นอกจากนี้จากการศึกษาผลงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ในกรณีที่ตั้งครรภ์เนื่องจากการคุมกำเนิดล้มเหลวหรือประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจสังคม แพทย์บางโรงพยาบาลจะยอมทำแท้งให้ จะเห็นว่าแม้ตัวสตรีผู้ตั้งครรภ์และแพทย์ผู้รักษาเห็นสมควรกับการท่าแท้ง แต่ตราวมติที่กฎหมายยังไม่อนุญาต และมหาชนยังมีข้อโต้แย้งในเรื่องของความถูกต้องเกี่ยวกับวัฒนธรรมและศีลธรรมอยู่ ปัญหานี้ก็ยังคงหาข้อยุติไม่ได้และยังอาจจะมีการดำเนินการเสี่ยงกฎหมายกันต่อไป ดังจะเห็นได้จากหน้าหนังสือพิมพ์ที่มีการประกาศรับปรับประจำเดือน ซึ่งวิธีการนี้จะเข้าข่ายหรือไม่ก็ยังคงเป็นเรื่องที่จะต้องพิจารณากันต่อไป ดังนั้นจึงเห็นว่ารัฐควรจะริบดำเนินการแก้ไขกฎหมายให้สอดคล้องกับสถานการณ์ทางสังคมอย่างแท้จริง ดังที่ John D. Rockefeller III (1976 อ้างถึงในสภาประชากร, 2524: 8) กล่าวว่า "การทำแท้งเป็นการท่าแท้งเป็นเรื่องถูกต้องตามกฎหมายนั้น เป็นนโยบายทางสังคมที่เหมาะสม และกอร์ปด้วยมนุษยธรรมยิ่งกว่าการที่จะไปห้าม เพราะการห้ามทำแท้งไม่สามารถจะหยุดการท่าแท้งได้ แต่กลับจะเป็นสาเหตุให้สตรีต้องประสบเคราะห์กรรมอื่น เนื่องจากอันตรายจากการลักลอบทำแท้งผิดกฎหมายหรือทำแท้งด้วยตนเอง และการห้ามทำแท้งนั้นจะทำให้การท่าแท้งกลายเป็นปัญหา "ความรวย-ความจน" อีกด้วย สตรีผู้มีฐานะความเป็นอยู่ดี ก็หาวิธีการทำแท้งที่ปลอดภัยได้ ในขณะที่สตรีผู้ยากไร้ต้องตกไปอยู่ในเงื้อมมือของผู้ประกอบการที่ด้อยความสามารถ"

ในเรื่องการทำแท้งผิดกฎหมายนั้น ถ้าเป็นการท่าแท้งโดยแพทย์ก็ย่อมจะได้รับอันตรายน้อยกว่าที่จะทำกับหมอเถื่อน ซึ่งใช้วิธีการไม่ถูกต้องตามหลักวิธีการทำลายเชื้อ (sterile technic) ทำให้เกิดการติดเชื้ออย่างรุนแรงหรือตกเลือด บางครั้งเป็นอันตรายถึงชีวิต ซึ่ง Amorn Koetsawang et al., (1986:20) ได้แสดงตัวเลขผลการรักษาผู้ป่วยที่ทำแท้งผิดกฎหมาย และเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลศิริราชได้ดังนี้คือ ตายก่อนได้รับการรักษา 4 คน ตายขณะรักษา 22 คน ปฏิเสธที่จะอยู่โรงพยาบาล 212 คน ส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น 30 คน รับไว้รักษา

3,432 คน คิดเป็นอัตราตายต่อการทำแท้ง 702 ต่อแสนคน [ในจำนวน 212 คนที่ปฏิเสธที่จะอยู่  
 โรงพยาบาลมีทั้งอาการไม่ร้ายแรง และร้ายแรง เช่น ช่องท้องอักเสบ (peritonitis) ติดเชื้อ  
 (septicemia) ไตวาย (renal failure) และความผิดปกติของการแข็งตัวเป็นลิ่มเลือดของ  
 โลหิต (coagulation defects) ซึ่งไม่ทราบว่าในจำนวนดังกล่าวมีผู้เสียชีวิตเท่าไร] แม้ว่า  
 ตัวเลขของผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจะดูไม่มาก แต่ในความเป็นจริงแล้วคงจะต้องยอมรับว่า ตัวเลข  
 เหล่านี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งที่เปิดเผยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด่วนใน โรงพยาบาลศิริราช ใน  
 ขณะที่คณะผู้วิจัยเข้าทำการศึกษาเท่านั้น ขณะเดียวกันก็ยังมีผู้ป่วยทำแท้งและเข้ารับการรักษาที่  
 โรงพยาบาลอื่นๆ อีกมาก ดังที่ได้มีการประมาณอย่างหยาบโดยดูจากอัตราส่วนร้อยละของผู้ป่วยทำแท้ง  
 ที่มีอาการแทรกซ้อนเข้ารับการรักษารวมในโรงพยาบาล ในกรุงเทพมหานคร เพราะการทำแท้งไม่ครบ  
 (incomplete abortion) ข้อมูลดังกล่าวได้ชี้ให้เห็นว่า จำนวนการทำแท้งทั่วประเทศมีประมาณ  
 200,000 - 800,000 รายต่อปี (National Family Planning Program, 1977:111-115  
 อ้างถึงในสภาพประชากร, 2524) และจากการเก็บข้อมูล เรื่องการทำแท้งที่ผิดกฎหมายในชนบทภาค  
 ตะวันออกเฉียงเหนือ โดยฝ่ายวิจัยประเมินผล กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข  
 (2523:11) รายงานว่า ถ้าใช้จังหวัดชัยภูมิเป็นตัวแทนของจังหวัดอื่นๆ ในประเทศไทย จะมีอัตรา  
 ทำแท้งในชนบทมากกว่า 900,000 ต่อปี และถ้ารวมจำนวนการทำแท้งในเขตเมืองต่างๆ ทั่วประเทศ  
 และกรุงเทพฯ แล้ว อัตราทั้งหมดก็คงจะเป็น 1 ล้านรายต่อปี ซึ่งจากจำนวนการทำแท้งที่มากมายนี้  
 ก็ย่อมจะต้องมีผู้เสียชีวิตปีละมิใช่น้อย

ส่วนเรื่องการทำแท้งจากการตั้งครรภ์ผิดปกติ อันได้แก่ การตั้งครรภ์นอกมดลูก และการ  
 ตั้งครรภ์ไข่ปลาลูก มีอุบัติการณ์ประมาณ 1:200 และ 1:365 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด ตามลำดับ  
 สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ปัญหาสำคัญคืออุบัติการณ์ค่อนข้างสูงและอันตรายที่จะเกิดกับสตรีมีมาก  
 เช่น การตั้งครรภ์นอกมดลูกนั้น ถ้าไม่ได้รับการรักษาทันท่วงที อาจทำให้หลอดมดลูกแตกมีอันตราย  
 ถึงแก่ชีวิตได้ ส่วนการตั้งครรภ์ไข่ปลาลูกนั้นเป็นที่ทราบกันว่าอัตราการกลายเป็นมะเร็งสูง 2-3  
 เท่า โดยเฉพาะสตรีที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป (สุจิต ผ่องสวัสดิ์ และคณะ 2525:133-151)

จากอุบัติการณ์ดังกล่าว จะเห็นว่าการแท้งทุกชนิดมีผลต่อสุขภาพอนามัยของสตรี เช่น เสีย  
 เลือดเล็กน้อยจนถึงเสียเลือดมากจนทำให้ช็อคหมดสติ มีผลเสียต่อการทำงานของไต และการทำงาน  
 ของสมอง ทำให้มีการติดเชื้อเล็กน้อย จนถึงเชื้อเข้ากระแสโลหิต (septicemia) รวมทั้งการที่  
 หลอดมดลูกแตกจากการตั้งครรภ์นอกมดลูกจนเป็นเหตุให้ช็อค และอาจถึงแก่ชีวิตได้ อันตรายเหล่านี้  
 บางครั้งเป็นเรื่องที่น่าจะป้องกันได้ หรือยับยั้งไม่ให้ลุกลามใหญ่โตได้ การทำแท้งให้ถูกวิธี หรือใน

กรณีตัวเองตามธรรมชาติ ถ้าได้รับการตรวจและรักษาจากแพทย์ก็จะปลอดภัยยิ่งขึ้น ส่วนการทำแท้งเพื่อการรักษา นั้นส่วนมากก็จะปลอดภัยอยู่แล้ว และสำหรับการแท้งจากการตั้งครรภ์ผิดปกติ นั้นถ้าสตรีผู้นั้นมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ ทราบถึงอาการที่ผิดปกติว่าเมื่อไรจะต้องมาพบแพทย์ และสิ่งใดเป็นสัญญาณอันตรายแล้ว คิดว่าจะสามารถลดอันตรายได้มาก จึงน่าสนใจที่จะศึกษาว่าลักษณะด้าน เศรษฐกิจ สังคม และประชากรของสตรี เชื่อมโยงไปถึงการทำแท้งชนิดต่างๆ อย่างไร เพื่อนำผลการศึกษามาวิเคราะห์ปัญหา หาทางวางแผนการแก้ไขป้องกันลดการทำแท้งที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของสตรี รวมทั้งจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานต่างๆ ในการปรับปรุงบริการทางด้านสุขภาพอนามัย และการวางแผนครอบครัวของกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ ตลอดจนการพิจารณาแก้ไขกฎหมายทำแท้งให้เหมาะสมกับสภาพ เศรษฐกิจสังคมในปัจจุบัน เพื่อให้สตรีเหล่านี้ได้มีทางเลือกในแง่ของการสาธารณสุข เพื่อจะได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะได้ เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

#### ขอบเขตของการศึกษา

ในการศึกษาค้างนี้ จะศึกษาถึงลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม ประวัติทางสูตินรีเวชกรรม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรี ตลอดจนสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการแท้งหรือมีการทำแท้ง โดยใช้ข้อมูลจากประวัติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ เนื่องจากการแท้งหรือการทำแท้ง และผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ผิดปกติ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง ข้อมูลทั้งหมดนี้รวบรวมระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2527 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2531 มีสตรีที่อยู่ในขอบเขตการศึกษาค้างนี้เป็นจำนวนทั้งสิ้น 1,565 ราย

#### วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อนำข้อมูลของแผนกเวชระเบียน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีอยู่มาใช้ให้เป็นประโยชน์ โดยนำมาวิเคราะห์เพื่อจะได้ทราบข้อมูลพื้นฐานทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ตลอดจนประวัติทางสูตินรีเวชกรรม และการปฏิบัติเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรี เนื่องจากการแท้งและการทำแท้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- 2) เพื่อศึกษาว่าสตรีที่มีลักษณะทางด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม และประวัติทางด้านสูติกรรม รวมทั้งการปฏิบัติกรวางแผนครอบครัวต่างกัน จะมีประเภทการแท้งที่แตกต่างกันอย่างไร
- 3) เพื่อทราบสาเหตุของการแท้ง และเหตุผลในการทำแท้ง

### แนวคิดเชิงทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรม

ในการวิจัยเกี่ยวกับการแท้งนี้ อาจจะ เนื่องจากข้อเท็จจริงที่ว่า การทำแท้งยังเป็น เรื่องที่ ถือว่าไม่ถูกต้องตามกฎหมายและศีลธรรม ทำให้การวิจัยในเรื่องดังกล่าวนี้ยังขาดแนวคิดด้านทฤษฎี โดยตรงที่จะให้ยึดถือ เป็นแนวทางในการวิจัยได้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ทำให้ได้แนวคิด ว่า โดยทั่วไปแล้วการแท้งทุกชนิดย่อมมีอันตรายมากน้อยแตกต่างกันไป และน่าจะมีวิธีป้องกันแก้ไข มิให้เกิดอันตรายร้ายแรงได้ โดยการให้ความรู้แก่สตรีกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มที่แท้งเอง และทำแท้ง เพื่อการรักษา นั้น จะเห็นได้ว่า บางครั้งเป็น เรื่องที่น่าเสียดายว่าบิดา-มารดาต้องการมีบุตรอย่างมาก แต่เกิดการแท้งเอง หรือจำเป็นต้องทำแท้งเนื่องจากสุขภาพมารดาหรือจากความพิการของ ทารกในครรภ์ ดังนั้นถ้าคู่สมรสมีความตั้งใจแน่วแน่ที่จะมีบุตรก็ควรจะตรวจสอบสุขภาพให้พร้อม เช่น การ ตรวจเลือด การฉีดวัคซีนต่างๆ โดยเฉพาะวัคซีนป้องกันหัดเยอรมัน เพื่อให้ทั้งมารดาและทารกที่จะ เกิดมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ซึ่งถ้าได้มีการกระตุ้นเตือนให้คู่สมรสสนใจในเรื่องดังกล่าว ไม่ปล่อย ใจให้มีบุตรตามบุญตามกรรม ประชากรไทยก็จะมีคุณภาพกว่านี้อีกมาก หรือในกรณีที่มีการทำแท้งผิด กฎหมายนั้น ส่วนมากแล้วก็เนื่องจากความไม่พร้อมของคู่สมรส ซึ่งถ้ายังไม่พร้อมจะมีบุตรก็ควรที่จะ หาทางป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ แต่ถ้าป้องกันแล้วยังตั้งครรภ์ถ้าจำเป็นต้องทำแท้งก็ควรปรึกษา สูติแพทย์ ไม่ควรทำแท้งกับหมอเถื่อนซึ่งมักจะมีอันตรายสูง จะสังเกตได้ว่ากลุ่มที่ทำแท้งกับหมอเถื่อน จะเป็นสตรีที่มีระดับสังคมและฐานะทาง เศรษฐกิจไม่มั่นคง ดังนั้นจึงควร เน้นการให้ความรู้ เรื่องการใช้ วัสดุคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ ควบคู่กับการชี้ให้เห็นถึงอันตรายในการทำแท้งกับหมอเถื่อนส่วนใน เรื่อง การตั้งครรภ์ผิดปกตินั้น แม้ว่าบางครั้งเป็น เรื่องที่ป้องกันไม่ได้ก็จริง แต่ก็มีวิธีที่ทำให้อันตรายลดลงได้

จากแนวคิดดังกล่าว จึงน่าจะศึกษาลักษณะด้าน เศรษฐกิจ สังคม และประชากรของสตรี กลุ่มแท้งชนิดต่างๆ เพื่อจะได้ใช้เป็นแนวทางในการป้องกันแก้ไขอันตรายต่างๆ เท่าที่จะทำได้ต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีมาในอดีต ผู้ศึกษาได้พบว่าในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีลักษณะ ที่แตกต่างกัน มักมีการแท้งหรือทำแท้งรวมทั้งเหตุผลที่แตกต่างกันไป ซึ่งพอจะประมวลได้ดังนี้

#### 1. อายุ

จากการศึกษาพบว่า อายุเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการผันแปรของการแท้งหรือการทำแท้ง มาก จากการศึกษางานวิจัยหลายโครงการ พอสรุปได้ว่า กลุ่มอายุที่ทำแท้งมากที่สุด 2 ชนิดคือ การ ทำแท้งผิดกฎหมายและทำแท้งเพื่อการรักษา ได้แก่ กลุ่มอายุ 20-24 ปี และถ้าเปรียบเทียบกลุ่มอายุ

ของผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล ผู้ที่ตัวเองตามธรรมชาติ กับผู้ที่ทำงานตั้งผิดกฎหมาย แล้วเข้ามารับการ  
รักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มผู้ที่ทำงานตั้งผิดกฎหมายมีอายุน้อยกว่ากลุ่มการตั้งอื่น

เกี่ยวกับกลุ่มอายุสตรีที่ทำงานตั้งผิดกฎหมาย ได้มีการศึกษาหลายเรื่องด้วยกัน พบว่า  
สตรีที่ทำงานตั้งผิดกฎหมายส่วนมากอยู่ระหว่างกลุ่มอายุ 20-24 ปี และถ้าเป็นการตั้งเองตามธรรมชาติ  
พบมากในกลุ่มอายุระหว่าง 25-29 ปี (นิตยา ลินสุภิส 2528:20; สุพร เกิดสว่าง 2531:49;  
กนก ไตสุรัตน์ 2522:40; สุพร เกิดสว่าง 2523:111-136; สุกานดา สุวณิชชาติ 2519:40-41;  
สุวลี เจริญแพทย์ 2523:50) เช่นเดียวกับ Amorn Koetsawang et al., (1986:1-11) ที่  
พบว่า สตรีที่ทำงานตั้ง 2 กลุ่มคือ ทำงานตั้งผิดกฎหมายและทำงานตั้งตามข้อบ่งชี้ของแพทย์นั้นมักมีการทำงานตั้ง  
มากในกลุ่มอายุ 20-24 ปี เช่นกัน แต่มีข้อสังเกตว่าในกลุ่มทำงานตั้งตามข้อบ่งชี้ของแพทย์นั้นเมื่ออายุ  
มากขึ้นก็ยังมีการทำงานตั้งกันมาก ในขณะที่กลุ่มทำงานตั้งผิดกฎหมาย เมื่อมีอายุมากขึ้นการทำงานตั้งจะน้อยลง  
และถ้าดูในกลุ่มวัยรุ่นคือ 15-19 ปี พบว่า การทำงานตั้งผิดกฎหมายมีมากกว่าการทำงานตั้งตามข้อบ่งชี้  
ของแพทย์ ที่แปลไปก็คือการศึกษาของ สุวชัย อินทรประเสริฐ และคณะ (2531:57) พบว่า สตรี  
ที่มาปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลรามารินดิเพื่อขอรับการดำเนินงานตั้งนั้น พบมากในกลุ่มอายุ 30-40 ปี

ผลการศึกษาดังกล่าวทำให้สันนิษฐานได้ว่า สตรีที่ทำงานตั้งผิดกฎหมายมักพบมากใน  
กลุ่มอายุน้อย คือ กลุ่มอายุ 20-24 ปี และถ้าพิจารณาดูในกลุ่มวัยรุ่นคือ อายุ 15-19 ปี พบว่า มี  
การทำงานตั้งผิดกฎหมายกันมากกว่าการตั้งชนิดอื่นฯ ซึ่งอาจเป็นเพราะอยู่ระหว่างการสร้างฐานะ  
หรืออยู่ในวัยเรียน เมื่อตั้งครรภ์จึงจำเป็นต้องลักลอบทำงานตั้ง

## 2. สถานภาพสมรส

สำหรับตัวแปรนี้โดยสรุปพบว่า สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ของสตรีที่ทำงานตั้งหรือทำงานตั้ง  
เป็นผู้ที่สมรสแล้ว และถ้าเปรียบเทียบสตรีที่ทำงานตั้งในโรงพยาบาลด้วยเหตุผลทางสุขภาพกับสตรีที่  
ทำงานตั้งผิดกฎหมาย พบว่า สตรีที่ทำงานตั้งและทำงานตั้งในโรงพยาบาลเป็นผู้ที่สมรสแล้วมากกว่า การที่  
พบว่าผู้ที่ทำงานตั้งส่วนใหญ่เป็นผู้เคยสมรส ส่วนหนึ่งอาจเป็นจริง แต่อีกส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการ  
รายงานบิดเบือนของสตรี ทำให้มีสัดส่วนของสตรีที่สมรสสูงกว่าความเป็นจริง ข้อสรุปส่วนนี้ได้มา  
จากการศึกษาของงานวิจัยหลายแหล่งด้วยกัน อาทิ

จากการศึกษาของ Tongplaew Narkavonnakit and Bennett, Tony  
(1981:59); กนก ไตสุรัตน์ (2522:24-26); สุวลี เจริญแพทย์ (2522:21); จารุ ช่วยอุดม  
(2517:48); และสุกานดา สุวณิชชาติ (2519:40-41) พบว่า สตรีที่ทำงานตั้งมากกว่าครึ่งเป็นสตรี

ที่สมรสแล้ว นอกจากนี้ สุพร เกิดสว่าง (2523:110) ได้ศึกษาผู้ป่วยเนื่องจากการลักลอบทำแท้งที่รับไว้ในโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ปี พ.ศ.2511-2521 พบว่า ในปี พ.ศ.2511 สตรีที่ลักลอบทำแท้งเป็นสตรีโสดร้อยละ 27.3 และสตรีที่แต่งงานแล้วร้อยละ 72.7 และเมื่อศึกษาจำนวนสตรีทั้ง 2 กลุ่มต่างสถานภาพสมรสในปีต่อมาจากสถานพยาบาลเดียวกันนี้ จะมองเห็นอย่างชัดเจนว่า ร้อยละของสตรีโสดมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นจาก 27.3 ในปี 2511 เป็นร้อยละ 38.1 ในปี 2521 ในขณะที่อัตราการทำแท้งผิดกฎหมายของสตรีที่สมรสแล้วลดต่ำลงจากร้อยละ 72.2 ในปี พ.ศ.2511 เป็นร้อยละ 61.9 ในปี พ.ศ.2521 ซึ่งทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีการตั้งครรภ์ในกลุ่มสตรีโสดมากขึ้นจริง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม หรืออาจเป็นเพราะสตรีที่แต่งงานแล้วมีความจำเป็นในการทำแท้งลดลง เนื่องจากผลสำเร็จในการวางแผนครอบครัว หรือเป็นเพราะสาเหตุทั้ง 2 ประการร่วมกัน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าอัตราการทำแท้งจะเปลี่ยนแปลง แต่ก็ยังพบว่าอัตราการทำแท้งในกลุ่มสตรีที่แต่งงานแล้วสูงกว่ากลุ่มสตรีโสด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าสตรีกลุ่มที่แต่งงานแล้วมีโอกาสตั้งครรภ์ได้มากกว่าสตรีโสด ข้อสรุปนี้มีข้อยืนยันจากการที่กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้จัดการประชุมโครงการศึกษาผู้ป่วยและตายจากการทำแท้งผิดกฎหมาย (13 กุมภาพันธ์ 2529:2-14) พบว่า สตรีที่ทำแท้ง 750 ราย เป็นสตรีโสดร้อยละ 8.5 และส่วนมากคือร้อยละ 91.5 รายงานว่าเป็นสตรีที่แต่งงานแล้ว และจากการศึกษาของ สุพร เกิดสว่าง (2531:54) พบว่า สตรีที่ทำแท้งผิดกฎหมาย 3,700 ราย เป็นสตรีโสดร้อยละ 15 แต่งานแล้วร้อยละ 85 จากการศึกษาของ K. Chaturachinda et al., (1981:257-262) ซึ่งได้ศึกษาผู้ป่วยที่ทำแท้งด้วยเหตุผลทางสุขภาพที่โรงพยาบาลรามธิบดี เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนของการทำแท้งจากที่อื่น และรับไว้ในโรงพยาบาลรามธิบดีว่า ผู้ที่มาใช้บริการทำแท้งในโรงพยาบาล เป็นผู้ที่สมรสแล้วมากกว่ากลุ่มที่ทำแท้งมาจากที่อื่นแล้วเกิดโรคแทรกซ้อนจนต้องเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลรามธิบดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิตยา สิ้นสุกใส (2525:37); สุวชัย อินทรประเสริฐ และคณะ (2531:59) และงามนิตย์ รัตนานุกูล (2528:49) พบว่า สตรีที่มาขอรับการทำแท้งที่โรงพยาบาลรามธิบดี ส่วนใหญ่สมรสแล้วคือร้อยละ 89.5, 65.5 และ 65.5 ตามลำดับ

จากผลการวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า ถ้าเปรียบเทียบสถานภาพสมรสของกลุ่มที่ทำแท้งตามข้อบ่งชี้ของแพทย์กับกลุ่มทำแท้งผิดกฎหมาย พบว่า ผู้ที่ทำแท้งตามข้อบ่งชี้ของแพทย์เป็นผู้ที่สมรสแล้วมากกว่า



### 3. อาชีพ

จากการศึกษาหลายโครงการพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับชนิดของการแท้ง กล่าวคือ ถ้าสตรีอยู่ในกลุ่มวิชาชีพ มักจะใช้วิธีคุมกำเนิดมากกว่าการทำแท้ง หรือถ้าจะทำแท้งก็มักจะทำแท้งกับแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่าที่จะทำแท้งกับหมอเถื่อน

Tietze and Henshaw (1986:69) ได้รวบรวมตัวเลขเกี่ยวกับอาชีพของสตรีที่ทำแท้งในประเทศต่าง ๆ ตั้งแต่ ค.ศ.1963-1971 โดยที่ในการศึกษาเกี่ยวกับอาชีพของสตรีที่ทำแท้งนั้น ได้แบ่งเป็น 2 ช่วงเวลาคือ ช่วงแรกตั้งแต่ ค.ศ.1963-1968 พบว่าสตรีที่โสดและทำแท้งส่วนมากร้อยละ 53.7 อยู่ในกลุ่มอาชีพวิชาชีพ (Professional) และนักเรียน รองลงมาคืออาชีพเสมียนและช่างฝีมือร้อยละ 13.8 ส่วนช่วงที่ 2 คือ ค.ศ.1969-1971 พบว่า สตรีที่โสดและทำแท้งพบมากขึ้นในกลุ่มอาชีพวิชาชีพและนักเรียนร้อยละ 62.5 รองลงมาคืออาชีพเสมียนและช่างฝีมือซึ่งเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40.5 ส่วนสตรีที่สมรสแล้วไม่ได้บันทึกอาชีพไว้ แต่บันทึกอาชีพของสามีซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทั้งชนิดของอาชีพและช่วงระยะเวลา

สำหรับในประเทศไทยนั้น จากการศึกษาของสุกานดา สุวณิชชาติ (2519:48) กนก โศสุรัตน์ (2522:103); และสุชัย อินทรประเสริฐ และคณะ (2531:69) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ที่ทำแท้งผิดกฎหมายมักจะมีอาชีพใช้แรงงานและกลุ่มแม่บ้านที่ไม่มีรายได้ และกลุ่มรองลงมาที่พบก็คือนักเรียน เช่นเดียวกับการศึกษาของสุวิณี เจริญแพทย์ (2523:53) พบว่า ทั้งสตรีที่ลักลอบทำแท้งและสตรีที่แท้งบุตรตามธรรมชาติ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คือ ร้อยละ 67.1 และ 63.4 ตามลำดับ ส่วนการศึกษาของนิตยา ลินสุภาส (2528 :22-24) พบว่า สตรีที่ลักลอบทำแท้งแล้วต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลศิริราช และสตรีที่ทำแท้งในโรงพยาบาลรามธิบดีนั้น มีอาชีพแม่บ้านมากที่สุด รองลงมาคือ ช่างฝีมือและรับจ้าง แต่จากการศึกษาของ Amorn Koetsawang et al., (1986:14) โดยเปรียบเทียบกลุ่มที่ทำแท้งโดยมีข้อนบ่งชี้ของแพทย์ กับกลุ่มที่ทำแท้งผิดกฎหมายพบว่า ส่วนใหญ่จะมีอาชีพคล้ายคลึงกันคือกลุ่มที่ทำแท้งโดยมีข้อนบ่งชี้ของแพทย์มีอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 35.7 งานบ้านร้อยละ 18.9 อาชีพบริการและผู้ใช้แรงงานร้อยละ 14.7 เช่นเดียวกับกับกลุ่มที่ทำแท้งผิดกฎหมาย มีอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 27.5 รองลงมาคืองานบ้านร้อยละ 22.5 และอาชีพบริการและผู้ใช้แรงงานร้อยละ 18.9 และจากการศึกษาของสุพร เกิดสว่าง (2523:54) พบว่า สตรีที่ทำแท้งผิดกฎหมายจำนวน 3,700 คน แบ่งอาชีพตามสถานภาพสมรสดังนี้ ถ้าเป็นโสดจะเป็นนักเรียนถึงร้อยละ 44.8 อาชีพบริการร้อยละ 17.0

อาชีพชานา ร้อยละ 10.2 และถ้าเป็นสตรีที่สมรสแล้วพบว่าเป็นชานา ร้อยละ 40.2 แม่บ้าน ร้อยละ 21.1 และอาชีพบริการ ร้อยละ 14.3

จากผลการศึกษาในเรื่องอาชีพของสตรีที่ตัวเองตามธรรมชาติ ทำแท้งผิดกฎหมาย และทำแท้งโดยมีข้อบ่งชี้ของแพทย์ สรุปได้ว่าสตรีเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะมีอาชีพรับจ้าง (ผู้ใช้แรงงาน) และกลุ่มแม่บ้านที่ไม่มีรายได้ รองลงมาคือนักเรียน แต่มีผลงานวิจัยที่ต่างออกไปคือ ของ สุพร เกิดสว่าง (2531:54) และ Amorn Koetsawang et al., (1986:4) ที่พบว่าทั้งสตรีที่ทำแท้งผิดกฎหมาย และสตรีที่ทำแท้งตามข้อบ่งชี้ของแพทย์ ส่วนมากมีอาชีพเกษตรกร รองลงมาคือ อาชีพนักเรียน

#### 4. ศาสนา

เกือบทุกศาสนาจะมีข้อห้ามการฆ่าสัตว์ตัดชีวิต ซึ่งมักครอบคลุมไปถึงเรื่องการทำแท้งด้วย แต่ก็ได้หมายความว่า คนที่นับถือศาสนานั้น จะปฏิบัติตามทุกสิ่งทุกอย่าง ดังจะเห็นได้จากการทำแท้งซึ่งมีอยู่ในทุกประเทศไม่ว่าจะนับถือศาสนาใด ก็ตาม นอกจากนี้ยังพบว่าหลายศาสนา ก็ยังมีระดับการยอมรับในเรื่องการทำแท้งที่ต่างกันออกไป จากการสำรวจประชามติของ Granfield, David (1970:149) พบว่ากลุ่มยิวเห็นด้วยกับกฎหมายทำแท้งมากที่สุด รองลงมาคือ โปรเตสแตนต์ และคาทอลิก เป็นอันดับสุดท้าย ทั้งๆ ที่ในกลุ่มโปรเตสแตนต์และคาทอลิกมีการตั้งครุฑไม้ปรารอดมากกว่ายิว เพราะยิวมีการคุมกำเนิดอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับศาสนาอิสลามกับศาสนาพุทธพบว่า ศาสนาอิสลามมีระดับการทำแท้งน้อยกว่าของศาสนาพุทธ อย่างไรก็ตาม Pohlman E. and Pohlman, J. (1969:204-208) แสดงความคิดเห็นว่า การตั้งครุฑไม้ปรารอดไม่ได้ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของศาสนาแต่เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับระดับการศึกษาด้วย สำหรับในประเทศไทย เนื่องจากประชากรเกือบทั้งประเทศนับถือศาสนาพุทธ ดังนั้นจากการศึกษาเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งจึงพบว่า สตรีกลุ่มที่ศึกษาเป็นผู้ที่นับถือศาสนาพุทธมากกว่าร้อยละ 97 อีกร้อยละ 3 เป็นผู้ที่นับถือศาสนาอื่น (สุกานดา วณิชชาติ 2519:40-41, งามนิตย์ รัตนานุกูล 2528:71, วรณรัตน์ สุวรรณ 2531:137)

#### 5. ที่อยู่ปัจจุบันและภูมิลำเนา

ที่อยู่ปัจจุบันและภูมิลำเนาเกี่ยวข้องกับการทำแท้งก็เพราะว่า ต่างภาค ต่างถิ่น ต่างก็มีขนบธรรมเนียมและการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน รวมทั้งพฤติกรรมในการแท้งด้วย ซึ่งจาก

การศึกษาของ Blanc (1982:156-161) เรื่อง Unwanted Fertility in Latin America and the Caribbeans พบว่า การตั้งครรภ์ไม่ปรารถนามักพบในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง เนื่องจากการที่สตรีในเขตเมืองเลื่อนอายุการแต่งงานออกไปหรืออาจจะมีการใช้วิธีคุมกำเนิดมากกว่า

สุกานดา สุวนิชชาติ (2519:40-41) ศึกษาสตรีที่ลักลอบทำแท้ง 110 คน ซึ่งรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช เมื่อ พ.ศ.2519 พบว่า เป็นสตรีที่เกิดที่กรุงเทพฯ ร้อยละ 38.2 ที่เหลือเกิดในภาคกลางร้อยละ 33.6 ภาคเหนือร้อยละ 8.2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 13.6 เช่นเดียวกับการศึกษาของ กนก โตสุรัตน์ (2522:105-106) ซึ่งศึกษาลักษณะทางประชากรบางประการของผู้ที่ตัดสินใจจะทำแท้งอันเนื่องจากการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา พบว่า กลุ่มสตรีโสดส่วนใหญ่ร้อยละ 60 มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ร้อยละ 39 มีภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพฯ ส่วนบ้านพักอาศัยปัจจุบันอยู่ในกรุงเทพฯ ร้อยละ 87 อยู่ต่างจังหวัดร้อยละ 13 สำหรับกลุ่มสตรีที่สมรสแล้วมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดร้อยละ 64 ภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯ ร้อยละ 36 บ้านพักอาศัยปัจจุบันอยู่ในกรุงเทพฯ ร้อยละ 87 เช่นกัน และจากการศึกษาของ งามนิตย์ รัตนานุกูล (2528:69) พบว่า กลุ่มสตรีที่ทำแท้งที่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดแล้วย้ายเข้ากรุงเทพฯ ร้อยละ 41.3 รองลงมาได้แก่ กลุ่มที่เกิดในกรุงเทพฯ และยังคงอยู่ถึงปัจจุบันร้อยละ 27.7 นอกนั้นเป็นผู้เกิดต่างจังหวัดและยังคงอยู่ต่างจังหวัด มีน้อยมากที่เกิดกรุงเทพฯ แล้วออกไปอยู่ต่างจังหวัด นอกจากนี้ นิตยา ลินสุกใส (2525:78) ได้ทำการศึกษากลุ่มสตรีที่ทำแท้งในโรงพยาบาลรามารับดี และเกิดอาการแทรกซ้อน พบว่า สตรีเหล่านั้นส่วนใหญ่มาจากต่างจังหวัดและปัจจุบันมาอยู่กรุงเทพฯ และจากการศึกษาของ Amorn Koetsawang et al., (1986:1) พบว่า กลุ่มทำแท้งผิดกฎหมาย ร้อยละ 50.5 มีภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในขณะที่กลุ่มผู้ทำแท้งเพื่อการรักษาภูมิ-ลำเนาเดิมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพียงร้อยละ 29.2

สรุปได้ว่า สตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่จะมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด แต่ในปัจจุบันอยู่ในกรุงเทพฯ และถ้าเปรียบเทียบการทำแท้ง 2 กลุ่มคือ การทำแท้งผิดกฎหมายกับการทำแท้งที่มีข้อบ่งชี้ของแพทย์ พบว่า ผู้ที่ทำแท้งผิดกฎหมายมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดมากกว่า

#### 6. จำนวนบุตรที่มีชีวิต

จำนวนบุตรที่มีชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับการแท้งในแง่ที่ว่า ถ้าการตั้งครรภ์นั้นเป็นครรภ์แรกและคู่สมรสพร้อมที่จะมีบุตร สภาพร่างกายปกติ การตั้งครรภ์นั้นไม่น่าจะมีปัญหา แต่ถ้าคู่สมรสไม่พร้อมหรือมีบุตรเพียงพอแล้ว และมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจสังคม ก็อาจมีความจำเป็นต้อง

ทำแท้ง ในด้านการแท้งเองตามธรรมชาตินั้น ถ้าสตรีที่ตั้งครรภ์ยังอายุน้อยและไม่เคยมีบุตรมาก่อน ก็อาจจะไม่ทราบถึงวิธีปฏิบัติตนในขณะที่ตั้งครรภ์มีผลทำให้แท้งได้ หรือในกรณีที่มาตรามิบุตรหลายคน แล้ว ไม่สามารถจะเลี้ยงดูบุตรที่จะเกิดอีกได้ก็จำเป็นต้องทำแท้ง

Tietze and Henshaw (1986:66-68) พบว่า สตรีส่วนใหญ่ในประเทศ แคนาดา เดนมาร์ก อังกฤษ ฟินแลนด์ สาธารณรัฐเยอรมนี เนเธอร์แลนด์ นิวซีแลนด์ สก๊อตแลนด์ สิงคโปร์, สวีเดน และสหรัฐอเมริกา ที่ทำแท้งยังไม่เคยคลอดบุตรเลย สำหรับประเทศที่สตรี ทำแท้งเมื่อมีบุตรมากกว่า 1 คนแล้วค่อนข้างมากคือ ในประเทศอังกฤษ

สำหรับในประเทศไทย สตรีที่ทำแท้งและแท้งเองตามธรรมชาติ ส่วนมากจะเป็น สตรีที่ยังไม่มีบุตร หรือมีบุตรเพียง 1-3 คน (ประทีป เทพรัตน์, 2514:673-677; นางลักขณ์ วิรวัฒน์, สุวัฒน์ จันทรวงศ์ และเกยูร ใจภักดี 2517:13-19; กนก ไตสุรัตน์, 2522:104; Amorn Keotsawang et al., 1986:4) และจากการศึกษาของสุพร เกิดสว่าง (2519: 209-217) ศึกษาสตรีที่แต่งงานแล้วทำแท้งจำนวน 791 คน ที่เข้ารับการรักษาคณะที่โรงพยาบาล ศิริราช เมื่อ พ.ศ.2511-2514 พบว่า เป็นสตรีที่ยังไม่มีบุตรร้อยละ 37 มีบุตรแล้ว 1 คนร้อยละ 23 มีบุตรแล้ว 2 คนร้อยละ 13 มีบุตร 3 คนร้อยละ 11 มีบุตร 4 คนร้อยละ 6 และมีบุตร 5 คนร้อยละ 10 ส่วนสุชัย อินทรประเสริฐ และคณะ (2531:60) พบว่า จากจำนวนสตรีตั้งครรภ์ ที่มาขอรับการทำแท้งที่โรงพยาบาลรามธิบดีนั้น เป็นสตรีที่ยังไม่มีบุตรที่มีชีวิตเลยเพียงร้อยละ 9.0 มีบุตรแล้ว 1 คนร้อยละ 8.5 มีบุตรแล้ว 2 คนร้อยละ 42.7 มีบุตร 3 คนร้อยละ 24.4 คน หรือมากกว่าร้อยละ 15.4 การศึกษาของทองเปลว นาควรรณกิจ (2521) ได้พยายามสะท้อนภาพ ลักษณะโดยทั่วไปของประชากรกลุ่มทำแท้ง โดยใช้วิธีการทางอ้อมในการเก็บข้อมูลเพิ่ม คือการ สัมภาษณ์ผู้ประกอบการทำแท้ง 81 คน ในท้องที่ 60 อำเภอ ของ 48 จังหวัด เพื่อให้ได้ข้อมูล กว้างขวางออกไป แต่ก็พบว่าไม่มีผู้ประกอบการรายใดจดบันทึกผู้รับบริการไว้ ดังนั้น ข้อมูลที่ได้ จึงเป็นเพียงข้อมูลหยาบ จากความจำของผู้ประกอบการเท่านั้น โดยมีลักษณะของผู้รับบริการทำ แท้งแตกต่างกันอย่างมาก เช่น ในเรื่องจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่มีเฉลี่ย 2-7 คน และพบในลักษณะ คล้ายคลึงเช่นนี้จากการศึกษาของผู้ศึกษาคนเดียวกับนี้ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Tongplaew, Narkavonnakit and Bennet, Tony 1981:58-65) สำหรับสุลี เจริญแพทย์ (2523:86) พบว่า กลุ่มสตรีที่ทำแท้งผิดกฎหมายที่มีบุตรเกิน 3 คนขึ้นไป มีอัตราส่วนน้อยกว่ากลุ่มสตรีที่แท้งบุตร ตามธรรมชาติ และจากการศึกษาของ Amorn Keotsawang et al., (1986:13) พบว่า สตรีที่ทำแท้งผิดกฎหมายร้อยละ 37.1 ยังไม่มีบุตร ในขณะที่สตรีที่ทำแท้งตามข้อบ่งชี้ของแพทย์เป็น

สตรีที่ยังไม่เคยมีบุตรเลยเพียงร้อยละ 15.0 และการศึกษาที่สอดคล้องกับสุพร เกิดสว่าง (2531: 56) ซึ่งศึกษาการทำแท้งเดือนในประเทศไทย โดยศึกษาในโรงพยาบาล 130 กว่าแห่ง ทั้งโรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัดทุกจังหวัด พบว่า สตรีที่ทำแท้งผิดกฎหมายเหล่านี้ ยังไม่มีบุตรที่มีชีวิตเลยร้อยละ 37.1 มีบุตร 1 คนร้อยละ 19.3 มีบุตรมีชีวิตร 2 คนร้อยละ 19.1 มีบุตร 3 คนหรือมากกว่าร้อยละ 24.5

## 7. ประวัติการทำแท้ง

ประวัติการทำแท้งนั้น เป็นเรื่องสำคัญทางสูติศาสตร์ ไม่ว่าจะเป็นการแท้งเองหรือจากการทำแท้งก็ตาม อาจจะมีผลทำให้เกิดการแท้ง หรือการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ต่อไป

จากการศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการทำแท้ง (induced abortion) ของ Tietze และ Henshaw (1986:117-120) กล่าวว่า การทำแท้งซ้ำ (repeated abortion) เป็นเรื่องที่น่าห่วงใย เพราะถ้าการทำแท้งได้รับการเชื่อถือไว้วางใจแล้ว ความสนใจจะตั้งครรภ์ในการคุมกำเนิดก็ลดลง และเมื่อตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา ก็จะใช้วิธีทำแท้ง ด้วยเหตุนี้บางคนจึงไม่เห็นด้วยกับเรื่องที่สตรีจะทำแท้ง เนื่องจากการคุมกำเนิดล้มเหลว นอกจากนี้ยังมีผลเสียต่อสุขภาพของมารดาและทารกที่จะเกิดในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปถ้าสตรีนั้นทำแท้งหลายครั้ง จากการศึกษาการทำแท้งซ้ำตั้งแต่ ค.ศ.1970-1984 ของประเทศต่างๆ (แคนาดา อังกฤษและเวลส์ ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส อิตาลี นิวซีแลนด์ นอร์เวย์ สิงคโปร์ สวีเดน สหรัฐอเมริกา) พบว่า ทุกประเทศยกเว้นอังกฤษ อัตราส่วนร้อยละของการทำแท้งครั้งแรกของแต่ละประเทศในระดับนาค่อนข้างสูงคือ ประมาณร้อยละ 80 และค่อยๆ ลดลงจนถึงร้อยละ 63 ส่วนอังกฤษนั้น มีผู้ทำแท้งครั้งแรก ร้อยละ 43.3 ใน ค.ศ.1971 และเพิ่มเป็นร้อยละ 50.8 ใน ค.ศ.1983 การทำแท้งซ้ำ 1 ครั้ง 2 ครั้ง 3 ครั้ง หรือมากกว่านั้น ในทุกประเทศมีอัตราเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะการทำแท้งซ้ำเป็นครั้งที่ 2 เพิ่มอัตราขึ้นสูงมากอย่างเห็นได้ชัด

การศึกษาเรื่องการทำแท้งและการทำแท้งซ้ำ พบว่า ถ้าสตรีทำแท้งตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป มักจะเกิดการแท้งในครรภ์ต่อไปหรือเด็กที่เกิดมามีน้ำหนักน้อยและคลอดก่อนกำหนด สำหรับการทำแท้งซ้ำในเมืองไทยพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 เป็นการแท้งครั้งแรก ยกเว้นจากการศึกษาเรื่องผลที่เกิดแก่สุขภาพของสตรีซึ่งทำแท้งโดยบุคลากรซึ่งมีวิชาชีพในชนบท เขตตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ของกระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย (2523:1-14) โดยฝ่ายวิจัยและประเมินผลทำการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการทำแท้งในชนบทพบว่า ร้อยละ 59 ของผู้ให้สัมภาษณ์

กล่าวว่า เขาพบคนไข้ซึ่งกลับมาทำแท้งในครั้งที่ 2-3 เสมอ จากการศึกษาของสุกานดา สุวณิชชาติ (2519:51) ซึ่งศึกษาสตรีที่ลักลอบทำแท้งพบว่า ร้อยละ 48.2 ไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อน และร้อยละ 11.8 เคยแท้ง (คือแท้งเองร้อยละ 5.4 ลักลอบทำแท้งร้อยละ 6.4) และจากการสำรวจของ นักสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลหญิง ตั้งแต่วันที่ 15 พฤษภาคม 2515 ถึงวันที่ 14 พฤษภาคม 2516 พบว่า มีผู้ทำแท้งผิดกฎหมาย 699 ราย เคยทำแท้งมาแล้ว 1-3 ครั้งขึ้นไป 63 ราย (ลัดดาวัลย์ บรรหารศุภวาท 2520:118) เช่นเดียวกับการศึกษาของสุชัย อินทรประเสริฐ และคณะ (2531:60) พบว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เกี่ยวกับการแท้งดังนี้ เคยแท้งเองร้อยละ 18.7 เคยทำแท้งร้อยละ 9.4 เคยแท้งเองและทำแท้งร้อยละ 1.3 ไม่เคยทำแท้งมาก่อนร้อยละ 70.6 และ Amorn Koetsawang et al., (1981:5) ได้ศึกษาสตรีที่ทำแท้งเพื่อการศึกษาจากโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยทำแท้งมาก่อน คือร้อยละ 65.5, เคยทำแท้ง 1 ครั้งร้อยละ 26.8, เคยทำแท้ง 2 ครั้งร้อยละ 4.3, และเคยทำแท้งมาแล้วอย่างน้อย 3 ครั้งร้อยละ 3.4, และสำหรับสตรีที่แท้งเองตามธรรมชาติ พบว่า เป็นการแท้งครั้งแรกร้อยละ 84.1 เคยแท้งมาแล้ว 1 ครั้งร้อยละ 11.9, เคยแท้งมาแล้ว 2 ครั้งร้อยละ 2.8 และเคยแท้งมาแล้วอย่างน้อย 3 ครั้งร้อยละ 1.2 ส่วนสตรีที่ลักลอบทำแท้งนั้น พบว่า เป็นการทำแท้งครั้งแรกร้อยละ 52 ทำแท้งครั้งที่ 2 ร้อยละ 38 ที่เหลือ นอกนั้นเป็นการทำแท้งครั้งที่ 3 หรือมากกว่านั้น และเมื่อแยกตามกลุ่มโสดและสมรสแล้วพบว่า ในกลุ่มสตรีโสดร้อยละ 68 มีการทำแท้งครั้งแรก และร้อยละ 25.3 ทำแท้งครั้งที่ 2 สำหรับสตรีที่สมรสแล้วร้อยละ 49.4 ทำแท้งครั้งแรก และร้อยละ 40.2 ทำแท้งครั้งที่ 2 อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ Amorn Koetsawang et al., (1981:5) พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มทำแท้งเพื่อการศึกษากับการทำแท้งผิดกฎหมายแล้ว พบว่า การทำแท้งผิดกฎหมายจะมีจำนวนการทำแท้งในอดีตมากกว่า

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ทำให้สันนิษฐานได้ว่า กลุ่มการทำแท้งผิดกฎหมายส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะมีจำนวนการทำแท้งในอดีตมากกว่ากลุ่มอื่น

#### 8. การคุมกำเนิดก่อนและหลังทำแท้ง

การคุมกำเนิด เกี่ยวข้องกับการทำแท้งในแง่ของเป้าหมายขั้นสุดท้ายร่วมกัน คือ ป้องกันการเกิด กล่าวคือการคุมกำเนิด เป็นวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ แต่ถ้าการคุมกำเนิดล้มเหลว หรือไม่ได้อาศัยวิธีคุมกำเนิด ก็จะใช้วิธีทำแท้ง เพื่อป้องกันการเกิด

Tietze and Henshaw (1986:113) พูดถึงความสัมพันธ์ของการทำแท้ง และ การใช้การคุมกำเนิดว่า ในกลุ่มของสตรีที่ไม่ต้องการตั้งครรภ์ แต่ไม่ได้คุมกำเนิดอย่างสม่ำเสมอ พบว่ามีอัตราการทำแท้งสูง ส่วนสตรีกลุ่มที่คุมกำเนิดสม่ำเสมอและ เมื่อมีการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา พบว่า อัตราการทำแท้งต่ำ

ลัดดาวัลย์ บรรหารสุภาวาท (2520:118-119) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่าง การทำแท้งกับการคุมกำเนิด ดังนี้

(1) หญิงที่เคยใช้การคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งมาแล้ว จะทำแท้งเมื่อตั้งครรภ์ขึ้น มากกว่าหญิงที่ไม่เคยใช้การคุมกำเนิดมาก่อนเลย จากการรายงานของเกาหลีใต้ในปี ค.ศ.1966 ผู้ที่ใส่ขดพิเศษแล้วตั้งครรภ์ขณะใส่ขดพิเศษอยู่จะทำแท้งร้อยละ 38 (Ross et al., 1972) และ ในปี ค.ศ.1967 Han Su Shin ได้ติดตามผลการตั้งครรภ์ในพวกที่เคยใส่ขดพิเศษแล้วเอาออก หรือหลุดแล้วไม่ใส่ต่อ พบว่า พวกนี้จะทำแท้งร้อยละ 54 แท้งเองร้อยละ 19 กำลังตั้งครรภ์อยู่ ร้อยละ 19 และคลอดบุตรแล้วร้อยละ 15

(2) พวกที่มีระดับหรือฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ (low socio-economic culture level) จะใช้การคุมกำเนิดน้อยและการทำแท้งน้อย แต่อัตราเกิดสูง พวกชนชั้นกลาง (middle level) จะมีการทำแท้งมากขึ้น และในพวกชนชั้นสูง (high level) จะใช้การคุมกำเนิดมากกว่าการทำแท้ง (Ross et al., 1972; IPPF Medical Bulletin 1967)

(3) ในประเทศที่ให้ความรู้และบริการด้านการคุมกำเนิดอย่างกว้างขวางแก่ ประชาชนจะทำให้การทำแท้งน้อยลง ในญี่ปุ่นโดยการสำรวจของ Muramatsu (1971) พบว่า การทำแท้งเพื่อลดอัตราการเกิดมีส่วนสัมพันธ์กับการใช้การคุมกำเนิดโดยตรง ดังนี้

ค.ศ.1955 อัตราการทำแท้ง : การใช้การคุมกำเนิด 256:100

ค.ศ.1960 อัตราการทำแท้ง : การใช้การคุมกำเนิด 180:100

ค.ศ.1965 อัตราการทำแท้ง : การใช้การคุมกำเนิด 104:100

จากการศึกษาของ สุกานดา สุวณิชชาติ (2519:53); กนก ใจสุรัตน์ (2522: 109); และสุพร เกิดสว่าง (2523:126) พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้ทำแท้งนั้น ร้อยละกว่า 50 ขึ้นไป มักจะเป็นผู้ที่เคยใช้วิธีการคุมกำเนิดมาก่อน และส่วนหนึ่งแสดงถึงความล้มเหลวในการคุมกำเนิด ซึ่งปรากฏหลักฐานจากการศึกษาของ Ross et al., (1972) อ้างถึงใน ลัดดาวัลย์ บรรหารสุภาวาท 2520:118-119) ในประเทศบราซิล ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และไต้หวัน และจากการ

ศึกษาของ Anderson et al., (1977) แต่หลังจากทำแท้งแล้วพบว่า มีการใช้วิธีคุมกำเนิดมากขึ้นร้อยละ 69 สำหรับวิธีคุมกำเนิดที่ใช้ นั้น เป็นหมันชายและหมันหญิงเสียครึ่งหนึ่ง อีกร้อยละ 19 เลือกวิธีที่มีประสิทธิภาพ เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ห่วงอนามัย เช่นเดียวกับการศึกษาของ K. Chaturachinda et al., (1981:257-262) ศึกษาสตรีแท้งบุตรจำนวน 802 คน ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามธิบดีเมื่อ พ.ศ.2524 พบว่าหลังทำแท้งการใช้วิธีคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นในผู้ทำแท้งนอกโรงพยาบาลและในโรงพยาบาล กล่าวคือ ผู้ทำแท้งนอกโรงพยาบาลมีการใช้วิธีคุมกำเนิดก่อนทำแท้งร้อยละ 36.6 แต่หลังจากทำแท้งไปแล้วใช้วิธีคุมกำเนิดร้อยละ 46.8 สำหรับผู้ทำแท้งในโรงพยาบาลก่อนทำแท้งใช้วิธีคุมกำเนิดร้อยละ 38.1 แต่หลังจากทำแท้งแล้ว ใช้วิธีคุมกำเนิดร้อยละ 83.3

สรุป เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการคุมกำเนิดกับการทำแท้งพบว่า สตรีที่เคยใช้วิธีคุมกำเนิดหากตั้งครรภ์จะทำแท้งมากกว่าผู้ที่ไม่คุมกำเนิดถึงร้อยละ 50 ส่วนการคุมกำเนิดหลังแท้งนั้น พบว่า หลังทำแท้งแล้วสตรีทำการคุมกำเนิดกันมากขึ้น โดยเฉพาะการทำแท้งมีข้อบ่งชี้ของแพทย์พบว่าหลังทำแท้งแล้วมีการคุมกำเนิดมากกว่า ร้อยละ 80 และผู้ที่ทำแท้งผิดกฎหมายก็หันมาใช้วิธีคุมกำเนิดหลังทำแท้งมากขึ้นคือ ร้อยละ 46.8 ทำให้มีข้อสันนิษฐานว่า กลุ่มที่ทำแท้งโดยมีข้อบ่งชี้ของแพทย์น่าจะมีการคุมกำเนิดทั้งก่อนและหลังทำแท้งมากกว่ากลุ่มอื่น

#### 9. เหตุผลในการทำแท้ง

สำหรับเหตุผลในการทำแท้งทั้งการทำแท้งผิดกฎหมายและทำแท้งเพื่อการรักษา ที่พบระบุไว้ในการศึกษาต่างๆ ก็คือ สตรีที่สมรสแล้วมีสาเหตุทางเศรษฐกิจ และสตรีโสดมีสาเหตุทางด้านสังคม ดังเช่นการศึกษาของ บงลักษณ์ วีรวัฒน์ และคณะ (2517:13-19); กนก ไตสุรัตน์ (2522:68); นิตยา สินสุภาโส (2525:79); สุวลี เจริญแพทย์ (2522:21); สุกานดา สุวณิชชาติ (2519:48); และสุพร เกิดสว่าง (2523:123) พบว่า มูลเหตุที่จูงใจให้สตรีลักลอบทำแท้งนั้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัญหาทางเศรษฐกิจ ความไม่พร้อม ความแตกร้างภายในครอบครัว หรือเลิกกับสามี และสำหรับสตรีโสดนั้นร้อยละ 90 อ้างสาเหตุทางสังคม นอกจากนี้ก็มีอุปสรรคในการเรียน การทำงาน แต่รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์ (2523:58) ได้กล่าวถึงมูลเหตุจูงใจที่สตรีต้องไปทำแท้งในหนังสือเรื่องข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการทำแท้งในประเทศไทย ได้แก่ สุขภาพของมารดา และทารกในครรภ์ มูลเหตุทางเศรษฐกิจ มูลเหตุทางสังคม จริยธรรม วัฒนธรรม ประเพณีที่ยังไม่ยอมรับการมีลูกโดยไม่มีพ่อ และสำหรับเหตุผลในการทำแท้งเพื่อการรักษา (therapeutic abortion) ของ



Amorn Koetsawang et al., (1986:6-7) แบ่งเป็นสตรีโสดและสตรีสมรสแล้วดังนี้ เหตุผลของสตรีโสด คือตั้งครรภ์ก่อนแต่งงานร้อยละ 31.3 เป็นนักเรียน นิสิต นักศึกษาร้อยละ 45.3 สำหรับเหตุผลของสตรีที่สมรสแล้วคือ ขอบ่งชี้ทางทหารร้อยละ 8.3 ขอบ่งชี้ทางเศรษฐกิจสังคม ร้อยละ 70.3 การคุมกำเนิดล้มเหลวร้อยละ 16.0

ผลจากการศึกษา 8 ใน 9 โครงการพบว่า สาเหตุการแท้งส่วนใหญ่มาจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ตรงกับข้อสันนิษฐานที่ว่า กลุ่มการทำแท้งผิดกฎหมายน่าจะมีเหตุผลในการทำแท้งเพื่อสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มอื่น

#### 10. อายุครรภ์ที่ทำแท้ง

อายุครรภ์ขณะทำแท้งมีความสำคัญมากในด้านความปลอดภัยของสตรีที่ทำแท้ง กล่าวคือ ยิ่งอายุครรภ์มากเพียงใด อันตรายจากการทำแท้งก็จะมากขึ้นเพียงนั้น นอกจากนี้ อายุครรภ์ยังเป็นเครื่องกำหนดวิธีการทำแท้งอีกด้วย

จากการศึกษาของ Tietze and Henshaw (1986:78-80) พบว่า ประเทศที่สตรีส่วนมากทำแท้งในขณะที่อายุครรภ์ไม่เกิน 8 สัปดาห์ คือ ประเทศเชโกสโลวะเกีย ฮังการี ญี่ปุ่น และสหรัฐอเมริกา และประเทศที่นิยมทำแท้งเมื่ออายุครรภ์ได้ 9-12 สัปดาห์ ได้แก่ ประเทศแคนาดา เดนมาร์ก อังกฤษ นิวซีแลนด์ นอร์เวย์ และสวีเดน

สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาของสุพร เกิดสว่าง (2523:122-124) พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของสตรีที่ขอทำแท้งในโรงพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อายุครรภ์ยังไม่เกิน 8 สัปดาห์ ซึ่งตรงกันกับของ Amorn Koetsawang et al., (1986:8-16) พบว่าในการทำแท้งเพื่อการรักษา นั้นส่วนมากจะทำในขณะที่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ คือ ร้อยละ 85.6 ส่วนการทำแท้งผิดกฎหมายในขณะที่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์มีร้อยละ 69.8 และจากการศึกษาของ สุวลี เจริญแพทย์ (2523:68) นั้น พบว่า สตรีที่ลักลอบทำแท้งส่วนใหญ่จะทำแท้งเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 62.8

สรุป ในเรื่องอายุครรภ์ที่ทำแท้ง พบว่า ในการทำแท้งเพื่อการรักษา มักจะทำก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มากกว่าผู้ที่ลักลอบทำแท้ง ซึ่งทำแท้งเมื่ออายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์แล้ว ซึ่งสิ่งนี้อาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เพิ่มอันตรายให้แก่ผู้ลักลอบทำแท้ง

### สมมติฐานการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมตั้งสรุปไว้ข้างต้นแล้ว ทำให้ผู้วิจัยสามารถตั้งสมมติฐานที่จะใช้เป็นแนวในการวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาครั้งนี้ดังต่อไปนี้

**สมมติฐานหลัก** สตรีที่มีลักษณะทางด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม และประวัติทางสุติกรรม รวมทั้งการปฏิบัติการวางแผนครอบครัวต่างกัน น่าจะมีการแท้งที่ต่างประเภทกัน

**สมมติฐานรอง :-**

- 1) สตรีที่มีอายุน้อย น่าจะทำแท้งผิดกฎหมายมากกว่าสตรีที่อายุมาก
- 2) สตรีที่มีสถานภาพสมรสคู่ น่าจะทำแท้งผิดกฎหมายน้อยกว่าสตรีที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ
- 3) สตรีที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ น่าจะทำแท้งผิดกฎหมายมากกว่าสตรีที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมสูง
- 4) สตรีที่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด น่าจะทำแท้งผิดกฎหมายมากกว่าสตรีที่อยู่ในกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล
- 5) สตรีที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่น้อยกว่า น่าจะทำแท้งผิดกฎหมายมากกว่าสตรีที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่มากกว่า
- 6) สตรีที่มีจำนวนการแท้งในอดีตมากกว่า น่าจะทำแท้งผิดกฎหมายมากกว่าสตรีที่มีจำนวนการแท้งในอดีตที่น้อยกว่า
- 7) สตรีที่เคยคุมกำเนิด น่าจะทำแท้งเพื่อการรักษามากกว่าสตรีที่ไม่เคยคุมกำเนิด
- 8) สตรีที่มีเหตุผลในการทำแท้งเพื่อสุขภาพ น่าจะทำแท้งผิดกฎหมายน้อยกว่าสตรีที่มีเหตุผลอื่น

## นิยามตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

### ตัวแปรตาม

#### การแท้งประเภทต่างๆ

- การแท้งเองตามธรรมชาติ
- การทำแท้งเพื่อการรักษา
- การทำแท้งผิดกฎหมาย

### ตัวแปรอิสระ

#### ลักษณะทางด้านประชากร

- อายุ
- สถานภาพสมรส

#### ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจสังคม

- อาชีพ
- ชั้นที่บรรจุผู้ป่วย (ชั้นสามัญ ชั้นหนึ่ง ชั้นพิเศษ)
- ที่อยู่ปัจจุบัน
- ภูมิลำเนาเดิม

#### ประวัติทางสูติกรรมและการคุมกำเนิด

- จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน
- การแท้งในอดีต (จำนวนครั้ง ชนิดการแท้ง)
- การคุมกำเนิดก่อนและหลังการแท้ง และวิธีคุมกำเนิดที่เคยใช้
- อายุครรภ์
- เหตุผลในการทำแท้ง

### ตัวแปรอื่นๆ

- จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล
- จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์
- จำนวนครั้งของการคลอด

- การรักษาของแพทย์
- วิธีทำแท้งผิดกฎหมาย
- โรคแทรกซ้อน

1. ตัวแปรตาม ได้แก่ การแท้ง (abortion) หมายถึง การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 28 สัปดาห์ หรือน้ำหนักเด็กน้อยกว่า 1,000 กรัม ตัวแปรนี้ได้จากการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายของแพทย์ผู้รักษา แบ่งเป็น 3 ประเภทคือ

1.1 "การแท้งเองตามธรรมชาติ" (spontaneous abortion หรือ miscarriage) หมายถึง การแท้งเอง รวมทั้งการแท้งที่มีสิ่งภายนอกมากระทบ เช่น พลวเหตุ (injury) และไข้สูง ฯลฯ

1.2 "การทำแท้งโดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์หรือการทำแท้งเพื่อการรักษา" (therapeutic Abortion) \* ดังนี้คือ

ก. ถ้าการตั้งครรภ์นั้นดำเนินต่อไป ทำให้เป็นอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพของมารดา ซึ่งโรคที่เป็นข้อบ่งชี้ในการทำแท้งบ่อยๆ ได้แก่ โรคหัวใจที่เคยมีภาวะหัวใจวายมาก่อน โรคความดันโลหิตสูงมาก มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

ข. การตั้งครรภ์จากการถูกข่มขืน กระทำชำเรา

ค. การตั้งครรภ์ที่มีผลทำให้ เด็กพิการ และปัญญาอ่อน เช่น หัดเยอรมัน หรือในกรณีที่ทารกในครรภ์มีความผิดปกติ เช่น เด็กไร้สมอง (Anencephalus) ฯลฯ

ง. การคุมกำเนิดล้มเหลว

จ. "การแท้งจากการตั้งครรภ์ผิดปกติ" การตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy) และการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก (hydatidiform mole) ซึ่งเด็กไม่สามารถเจริญเติบโตจนมีชีวิตรอดอยู่ได้ และที่สำคัญคือเป็นอันตรายต่อมารดา ดังนั้นถ้าไม่แท้งเองก็จำเป็นต้องทำแท้ง

---

\* หมายเหตุ : การทำแท้งโดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยเฉพาะของโรงพยาบาลศิริราช หมายถึง การทำแท้งในโรงพยาบาล โดยการยอมรับของผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือหัวหน้าแผนกสูติกรรม ก็ถือว่าเป็นการทำแท้งโดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยไม่ได้คำนึงถึงว่าทำแท้งเนื่องจากเหตุผลอะไร

1.3 "การทำแท้งผิดกฎหมาย หรือการลักลอบทำแท้ง" (illegal abortion or criminal abortion) หมายถึง การทำแท้งที่นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ 2 ข้อข้างบน ดังกล่าว (ข้อ 1.1 - 1.2) ซึ่งอาจจะทำโดยหมอเถื่อนหรือแพทย์ก็ตาม

## 2. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

### 2.1 ตัวแปรทางด้านประชากร

2.1.1 "อายุของสตรีที่แท้ง" หมายถึง อายุขณะที่ได้รับการรักษาตัว ซึ่งได้จากประวัติของผู้ป่วย และมีการตรวจสอบอายุภายหลังอีกครั้งหนึ่ง โดยผู้ศึกษาได้ตรวจสอบอายุจากบันทึกชักรกกับปฏิทิน เพื่อลดความขัดแย้งในการรายงานอายุของผู้ป่วย และแบ่งกลุ่มอายุในการวิเคราะห์ดังนี้คือ ต่ำกว่า 19, 20-29, 30-39 และ 40-49 ปี

2.1.2 "สถานภาพสมรส" หมายถึง สถานภาพสมรสขณะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งตัวแปรนี้อาจมีความผิดพลาดจากข้อเท็จจริงเพราะขึ้นอยู่กับการให้ข้อมูลของผู้ป่วย และเกือบจะไม่มีทางตรวจสอบได้ ยกเว้นกรณีของผู้ป่วยอายุน้อยและอาชีวนักเรียนจะสันนิษฐานว่าโสด แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ สถานภาพสมรสคู่ และโสด หม้าย หย่า แยก

### 2.2 ตัวแปรทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

2.2.1 "สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม" ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาและรายได้ของผู้ป่วย จึงใช้ตัวแปรอาชีพของสตรีและชั้นที่บรรจผู้ผู้ป่วย เมื่อได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมาประกอบการพิจารณา

2.2.2 "ที่อยู่ปัจจุบัน" หมายถึง ที่อยู่ ซึ่งได้จากบัตรประชาชน และการซักประวัติของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เมื่อแรกรับผู้ป่วย และในกรณีที่ผู้ป่วยขอรับการสงเคราะห์ ก็จะตรวจสอบที่อยู่อีกครั้ง ถ้าไม่ตรงกัน ก็จะยึดถือตามการสัมภาษณ์ของนักสังคมสงเคราะห์ ที่อยู่ปัจจุบันนี้แบ่งเป็น เขตกรุงเทพฯ เขตปริมณฑล และต่างจังหวัด

2.2.3 "ภูมิลำเนา" หมายถึง จังหวัดที่เกิด ได้จากการซักประวัติของเจ้าหน้าที่เมื่อแรกรับผู้ป่วย แบ่งเป็น เขตกรุงเทพฯ เขตปริมณฑล และต่างจังหวัด

2.3 ตัวแปรทางด้านสติกรรมและการคุมกำเนิด ได้จากการซักประวัติของแพทย์ผู้รักษา

2.3.1 "จำนวนบุตรที่มีชีวิต" หมายถึง จำนวนบุตรทั้งหมดที่มีชีวิตอยู่ในขณะที่สตรีนั้น เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลทั้งที่อาศัยอยู่กับสตรีนั้น และที่อาศัยอยู่ที่อื่น

2.3.2 "ประวัติการแท้งในอดีต" หมายถึง จำนวนการแท้งทุกชนิดในอดีต ซึ่งได้แก่ การแท้งเอง, ทำแท้งเพื่อการรักษา, ทำแท้งผิดกฎหมาย, ทำแท้งจากการตั้งครรภ์ผิดปกติ และมีการแท้งมากกว่า 1 ชนิด

2.3.3 "การคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์" หมายถึง การคุมกำเนิดของสตรีในระยะต่างๆ คือ การคุมกำเนิดในอดีต และการคุมกำเนิดในระยะ 3 เดือนก่อนตั้งครรภ์ และการตั้งครรภ์ครั้งนี้ในขณะที่ใช้วิธีคุมกำเนิด ซึ่งถือว่าเป็นการล้มเหลวในการคุมกำเนิด

2.3.4 "การคุมกำเนิดหลังแท้ง" หมายถึง การที่สตรีหรือคู่สมรสได้รับการคุมกำเนิดก่อนกลับบ้าน

2.3.5 "อายุครรภ์" หมายถึง จำนวนสัปดาห์ที่ตั้งครรภ์โดยนับวันจากประจำเดือนวันแรกของครั้งสุดท้าย ตรวจสอบโดยดูจากประวัติการขาดประจำเดือนของผู้ป่วย และการวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งมักจะตรงกัน ในกรณีที่คลาดเคลื่อนจะยึดถือการวินิจฉัยของแพทย์เป็นหลัก แบ่งเป็น :-

ไตรมาสแรก (first trimester) หมายถึง อายุครรภ์ 12 สัปดาห์แรก หรือ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์

ไตรมาสที่ 2 (second trimester) หมายถึง อายุครรภ์ได้ 13-24 สัปดาห์ หรือ 3 เดือนที่ 2 ของการตั้งครรภ์

ไตรมาสที่ 3 (third trimester) หมายถึง อายุครรภ์ได้ 25-40 สัปดาห์ หรือไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ ซึ่งในการศึกษานี้จะมีอายุครรภ์สูงสุดเพียง 27 สัปดาห์ เพราะถ้าอายุครรภ์สูงกว่านั้นไม่ถือว่าเป็นการแท้งแต่เป็นการคลอดบุตร

2.3.6 "เหตุผลในการทำแท้ง" หมายถึง เหตุผลที่ผู้ป่วยระบุ ซึ่งได้จากการบันทึกของแพทย์ แบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจสังคม การวางแผนครอบครัว ล้มเหลว และอื่นๆ

2.3.7 "ชั้นที่บรรจุผู้ป่วยครั้งนี้" แบ่งเป็น ชั้นสามัญ ชั้นหนึ่ง และชั้นพิเศษ ซึ่งอาจจะใช้เป็นตัวแปรอีกก็ได้เคียงที่บอกถึงฐานะทาง เศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย

### 3. ตัวแปรอื่นๆ

ตัวแปรอื่นๆ ที่นำมาเพิ่มเติมจากตัวแปรหลักที่กำหนดไว้ในสมมติฐานก็ด้วยเหตุผลที่ว่าจะทำให้เห็นภาพรวม และเข้าใจในกระบวนการตั้งหรือการทำแท้งได้ดีขึ้น ตัวแปรเหล่านี้ได้แก่

3.1 "จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล" หมายถึง จำนวนวันที่สตรีเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการป่วยด้วยเรื่องแท้ง

3.2 "จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์" หมายถึง การตั้งครรภ์ของสตรี ไม่ว่าจะสิ้นสุดลงด้วยการแท้งหรือการคลอดก็ตาม

3.3 "จำนวนครั้งของการคลอด" หมายถึง การคลอดบุตรของสตรีรวมทั้งการคลอดก่อนกำหนดและการคลอดครบกำหนด

3.4 "การรักษาของแพทย์" หมายถึง วิธีการรักษาของแพทย์ที่ให้กับสตรีที่แท้งทุกประเภทที่เข้ารับการรักษาดังกล่าวในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

3.5 "วิธีการทำแท้งผิดกฎหมาย" หมายถึง วิธีการทำแท้งผิดกฎหมายของหมอเถื่อนหรือของแพทย์ ซึ่งไม่ได้ทำแท้งในโรงพยาบาลหรือไม่ได้รับความเห็นชอบจากคณะแพทย์ในโรงพยาบาล

3.6 "โรคแทรกซ้อน" หมายถึง อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการทำแท้ง

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) ทำให้ทราบความแตกต่างของลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจสังคม ตลอดจนประวัติทางด้านสูติกรรม การคุมกำเนิดของสตรีที่แท้งทั้ง 3 ประเภท

2) ข้อมูลที่ได้มาจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขอันตรายอันไม่สมควรที่เกิดกับสตรีที่แท้งทุกกรณี

3) เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการแก้ไขกฎหมายทำแท้งของไทยให้เหมาะสมกับสภาพ เศรษฐกิจสังคมต่อไป และเป็นแนวทางศึกษาต่อสำหรับผู้สนใจเรื่องการแท้ง

4) ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับสร้างข้อเสนอแนะในการจัดบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้เข้ารับการรักษาดังกล่าว เพื่อให้สามารถใช้เป็นประโยชน์ในการวางแผนการสาธารณสุขและการให้คำแนะนำบริการวางแผนครอบครัวต่อไป