



ความถี่มาของปัญหา

ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมาประชากรของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ รัฐได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและอุปสรรคเหล่านี้จึงได้ประกาศนโยบายประชากรแห่งชาติขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2513 เป้าหมายของนโยบายประชากรแห่งชาติก็คือการลดอัตราการเพิ่มของประชากร โดยการลดอัตราการเกิดและใช้มาตรการคุมกำเนิด รวมทั้งการวางแผนครอบครัว (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2523: 82) นโยบายดังกล่าวเป็นผลให้วงการต่างๆสนใจปัญหาประชากรมากขึ้น มีการศึกษาปัญหาประชากรกันอย่างกว้างขวาง เช่น ภาวะเจริญพันธุ์ การทำหมัน การทำแท้ง และการวางแผนครอบครัว เป็นต้น การทำแท้งเป็นปัญหาที่น่าสนใจอย่างยิ่งปัญหาหนึ่ง เนื่องจากในทางประชากรศาสตร์นั้น การศึกษาเรื่องภาวะเจริญพันธุ์ถือว่าการแท้งเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อัตราเจริญพันธุ์ลดลง โดยการแท้งแต่ละครั้งสามารถลดความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ได้ 3-5 เดือน และป้องกันการเกิดของเด็กได้ 0.8 คน จากการคาดประมาณโดยใช้ข้อมูลสำมะโนประชากรปี พ.ศ. 2513 พบว่าการทำแท้งในประเทศไทยสามารถป้องกันการเกิดได้ประมาณปีละ 160,000 ถึง 184,000 คน ซึ่งช่วยลดอัตราการเกิดได้ประมาณร้อยละ 10 (จอห์น โนเตล, อภิชาติ จักรสฤทธิรงค์ และ นินน์ เทพวัลย์, 2530: 8; Cook and Leoprapai, 1973: 26-29)

แม้การทำแท้งและการทำหมันสามารถลดอัตราการเกิดได้ดังกล่าว แต่การทำแท้งก็ทำให้สตรีต้องเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก องค์การอนามัยโลกประมาณว่าสตรีทั่วโลกต้องเสียชีวิตจากการทำแท้งถึงปีละ 200,000 คน โดยส่วนใหญ่เป็นสตรีในประเทศกำลังพัฒนา (Lincoln, ed., 1982: 31) คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจด้านการวางแผนประชากรของประเทศไทยเห็นความสำคัญของปัญหาการทำแท้ง จึงได้กำหนดให้มีการปรับปรุงแก้ไขประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 305 เพิ่มเหตุทำแท้งโดยชอบด้วยกฎหมายในกรณีเพื่อสุขภาพของหญิงนั้น และในกรณีที่

หญิงถูกข่มขืน แต่ก็ไม่สามารถลดจำนวนการทำแท้งลงได้ เนื่องจากมีสตรีที่ตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนาจำนวนมากลักลอบทำแท้งผิดกฎหมาย ผลเสียที่ตามมาก็คือ อันตรายที่เกิดขึ้นกับสตรีที่ทำแท้ง กล่าวคือ บางรายอาจถึงแก่ชีวิต บางรายไม่สามารถมีบุตรได้อีก จึงนับได้ว่าการทำแท้งเป็นปัญหาที่สำคัญมากต่อสุขภาพและชีวิตของสตรี

การศึกษาเรื่องการแท้งจึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เนื่องจากการศึกษาให้ทราบถึงลักษณะของสตรีที่แท้งและสาเหตุของการทำแท้ง ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแท้งประเภทต่างๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของสตรี รวมทั้งปัญหาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศโดยรวม ทำให้สามารถวางแผนแก้ไขปัญหาค้นคว้าได้ถูกต้อง การศึกษาลักษณะของสตรีที่แท้งและสาเหตุของการทำแท้งที่แตกต่างกัน พบว่าสตรีที่แท้งเองตามธรรมชาติอาจมีสาเหตุจากอุบัติเหตุหรือสุขภาพของสตรี เช่นสตรีที่เคยแท้งหรือทำแท้งตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปจะเสี่ยงต่อการแท้งตามธรรมชาติเมื่อตั้งครรภ์ครั้งต่อไป (Licoln, ed., 1983: 31) ในกรณีของการทำแท้งพบว่าสตรีที่สมรสแล้วมักจะแท้งเนื่องจากสาเหตุทางเศรษฐกิจ ความไม่พร้อมและความแตกร้างภายในครอบครัว ส่วนสตรีโสดมักจะแท้งด้วยสาเหตุทางสังคม อุปสรรคในการศึกษาและการทำงาน (กนก โตสุรัตน์, 2522: 68; สุวสี เจริญแพทย์, 2523: 21; และ สุพร เกิดสว่าง, 2523: 123)

การศึกษาเรื่องการแท้งในประเทศไทยพบว่ามีค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในเรื่องอื่นๆ ทั้งที่การแท้งเป็นปัญหาที่พบบ่อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการทำแท้งเป็นเรื่องผิดกฎหมายและผิดศีลธรรม แม้ในจังหวัดใหญ่ๆ เช่น จังหวัดอุดรธานี ก็มีการศึกษาเรื่องการแท้งน้อยมาก ทั้งที่จังหวัดอุดรธานีเป็นศูนย์รวมการท่องเที่ยวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีประชากร 1,770,699 คน และมีสตรีวัยเจริญพันธุ์ถึง 455,844 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2533: 30) กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2533) ระบุว่าอัตราผู้ป่วยแท้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดอุดรธานีในปี พ.ศ. 2532 เท่ากับ 117.5 รายต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 ราย ซึ่งนับว่าเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูงที่ควรศึกษาหาแนวทางแก้ไข ประกอบกับโรงพยาบาลอุดรธานีมีโครงการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับการแท้งและการทำแท้ง ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมไว้นั้นมาศึกษาคุณลักษณะของผู้ป่วยแท้ง สาเหตุของการทำแท้ง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประเภทของการแท้ง เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนของหน่วยงาน

ที่เกี่ยวข้อง ในอันที่จะป้องกันอันตรายร้ายแรงจากการแท้งหรือการทำแท้งที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ ดังนี้คือ

1. เพื่อศึกษาคูณลักษณะของผู้ป่วยแท้งตามประเภทของการแท้ง
2. เพื่อศึกษาสาเหตุของการทำแท้งตามคูณลักษณะของผู้ป่วยแท้ง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประเภทของการแท้ง

แนวคิดเชิงทฤษฎี

แนวคิดเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้านี้แบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน คือ 1) แนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุของการทำแท้ง และ 2) แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแท้ง มีรายละเอียดดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุของการทำแท้ง

แนวคิดทางสังคมวิทยาที่สามารถนำมาอธิบายสาเหตุของการทำแท้ง ซึ่งเป็นปัญหาสังคมที่สำคัญอย่างหนึ่งมี 3 แนวคิดคือ 1) ทฤษฎีหน้าที่นิยม 2) ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และ 3) ทฤษฎีพฤติกรรมเบี่ยงเบน มีรายละเอียดเกี่ยวกับแนวคิดเหล่านี้ดังนี้

1.1 ทฤษฎีหน้าที่นิยม

ทฤษฎีหน้าที่นิยม (Functional Theory) มีแนวคิดที่ว่าสังคมเป็นระบบที่มีระเบียบเรียบร้อยอย่างดี เนื่องจากสมาชิกส่วนใหญ่ในสังคมยอมรับบรรทัดฐานของสังคมและค่านิยมของสังคมร่วมกับบทบาททางสังคม กลุ่มทางสังคมและสถาบันต่างๆ ในสังคมดำเนินไปอย่างมีเอกภาพ สมาชิกในสังคมปฏิบัติตามในสิ่งที่จำเป็นเพื่อความมีเสถียรภาพแห่งสังคม สังคมโดยทั่วไปก็จะเน้นลักษณะดังกล่าวนี้ แต่สังคมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา หากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเกิดขึ้นรุนแรงและรวดเร็วเกินไป สังคมไม่อาจปรับตัวได้สิ้นอื่ก็จะทำให้เกิดภาวะ

สังคมมีการและมีปัญหาสังคมต่างๆตามมา (วราคม ทีสุภะ, 2525: 49) นอกจากนี้ Coleman and Cressey (1984: 10-14) ได้เสนอแนวทางการอธิบายปัญหาของสังคมด้วยทฤษฎีหน้าที่นิยม กล่าวคือ เมื่อใดก็ตามที่สังคมตกอยู่ในภาวะขาดระเบียบแบบแผน มีลักษณะการเสียหายที่ของโครงสร้างสังคม คือมีความล้มเหลวเพื่อสนองตอบต่อความต้องการของมนุษย์ ก็จะทำให้เกิดปัญหาสังคมขึ้น ภาวะขาดระเบียบแบบแผนมีสาเหตุสำคัญดังนี้

1) ความล้มเหลวของกลุ่มจารีตประเพณี ตามปกติแต่ละบุคคลจะรักษาค่านิยม ความมุ่งหวัง ตลอดจนกฎเกณฑ์ต่างๆของสังคมที่ตนเป็นสมาชิก แต่เนื่องจากสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทำให้สถาบันต่างๆ เช่น ครอบครัว โรงเรียน ฯลฯ ไม่อาจรักษาค่านิยมและบรรทัดฐานต่างๆของสังคมไว้ได้ จึงเกิดปัญหาสังคมขึ้น เช่น ความล้มเหลวของสถาบันครอบครัว กล่าวคือ เมื่ออยู่ในสภาวะการที่พ่อบ้านและแม่บ้านต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เพื่อช่วยกันหาเลี้ยงครอบครัว ทำให้หน้าที่ที่พึงมีต่อบุตรภรรยาหรือสามีต้องยกลงไป เด็กขาดความรักความอบอุ่น สามีไม่ได้รับการเอาใจใส่จากภรรยา เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนา เป็นต้น สภานดังกล่าวอาจก่อให้เกิดปัญหาเด็กเกเรติดยาเสพติด ปัญหาการหย่าร้าง ปัญหาการทำแท้ง หรือปัญหาสังคมอื่นๆ

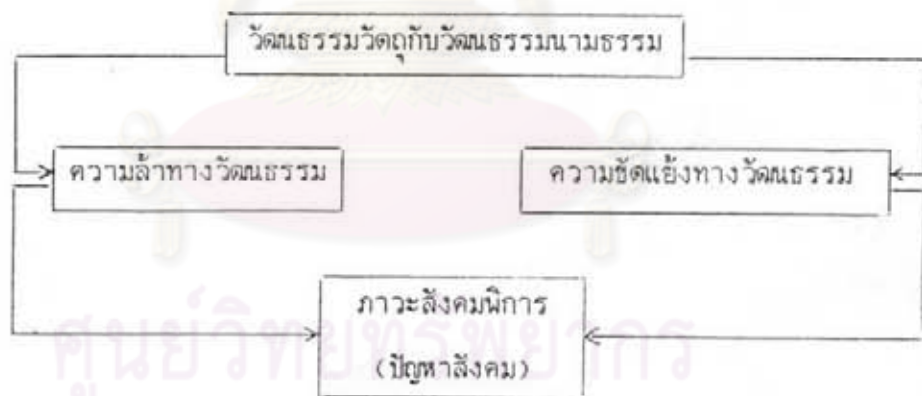
2) ความขัดแย้งระหว่างกฎเกณฑ์กับความมุ่งหวัง ตามปกติความรู้สึกรหรือความต้องการของบุคคลในสังคมย่อมเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ซึ่งอาจจะขัดแย้งกับกฎเกณฑ์เก่าของสังคม และเมื่อต้องเผชิญกับความต้องการใหม่ที่ไม่สอดคล้องกับระเบียบแบบแผนเก่าๆ ย่อมก่อให้เกิดปัญหาสังคม

1.2 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่สามารถนำมาอธิบายสาเหตุของการแก่ง ได้อีกทฤษฎีหนึ่งคือ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Change Theory) ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมนำไปสู่ปัญหาสังคม (William Ogburn, 1964 อ้างถึงใน วราคม ทีสุภะ, 2525: 52) กล่าวคือ ในกระบวนการการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมนั้น วัฒนธรรมประเภทวัตถุทุกชนิดทุกรูปแบบเปลี่ยนแปลงรวดเร็วมาก โดยเฉพาะในสังคมเมืองซึ่งนิยมเทคโนโลยีสูงมาก ในขณะที่เดียวกันวัฒนธรรมและค่านิยมทางสังคมที่เป็น

นามธรรม อันได้แก่ ความดีงาม ตลอดจนระบบกฎหมาย ข้อบังคับ และกฎเกณฑ์ทางสังคมจะเปลี่ยนแปลงช้ามากจนไม่อาจก้าวตามทันความเจริญก้าวหน้าด้านวัตถุหรือเทคโนโลยี จึงเกิดการต่อสู้ระหว่าง โลกแห่งวัตถุกับ โลกแห่งศีลธรรมและ โลกแห่งกฎหมาย กระบวนการต่อสู้ดังกล่าวนี้เป็นไปอย่างรุนแรงมาก และมีแนวโน้มว่า โลกแห่งวัตถุนิยมกำลังจะได้รับชัยชนะ อย่างไรก็ตาม ชัยชนะของ โลกแห่งวัตถุนิยมไม่ใช่ชัยชนะที่เด็ดขาดเพราะบางกรณี โลกแห่งศีลธรรมก็ได้รับชัยชนะเช่นกัน การต่อสู้จึงดำเนินไปไม่สิ้นสุด ถ้ากลุ่มต่างๆที่เกี่ยวข้องปรับตัวเข้าหากันได้ก็จะไม่เกิดปัญหาทางสังคม แต่ส่วนใหญ่กลุ่มต่างๆที่เกี่ยวข้องมักจะไม่ปรับตัวเข้าหากันไม่ได้ จึงเกิดปัญหาทางสังคมขึ้นดังแสดงในแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 ปัจจัยที่นำไปสู่ปัญหาสังคมตามทฤษฎีของ Ogburn (1964)



การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ทั้งสังคมกำลังพัฒนาและสังคมที่เจริญแล้ว การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและบรรทัดฐานการดำเนินชีวิตของคนในสังคม กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงบทบาทที่ต้องการแสดงออกตามสถานภาพเดิม และการเปลี่ยนแปลงระบบความสัมพันธ์ของสมาชิกในสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลกระทบต่อบุคคลและกลุ่มคนในสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ความเจริญก้าวหน้าด้านการสื่อสารและการคมนาคม และความเจริญทางการศึกษาและด้านเทคโนโลยี เป็นต้น ถ้าการเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างรวดเร็วจนสมาชิกในสังคมปรับตัวเข้ากับสภาวะการณ์ใหม่ไม่ทัน จะก่อให้เกิดปัญหาสังคมขึ้น จึงนับว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสังคม ณรงค์ เล็งประชา (2526: 10-13) กล่าวถึงลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ก่อให้เกิดปัญหาสังคมที่สำคัญไว้ ดังนี้

- 1) การเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง เมื่อวิถีในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป การประกอบอาชีพและการติดต่อสัมพันธ์ก็เปลี่ยนไป ซึ่งอาจทำให้สมาชิกในสังคมเกิดปัญหาการปรับตัว เช่น ปัญหาการทำงาน และปัญหาเศรษฐกิจ เป็นต้น
- 2) การเพิ่มขึ้นของประชากร ถ้าประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จะมีผลกระทบต่อภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก โดยเฉพาะในสังคมที่กำลังพัฒนา เพราะสังคมจะต้องรับภาระในการให้บริการด้านการศึกษา และจัดสวัสดิการต่างๆ ทำให้ขาดโอกาสที่จะพัฒนาสังคม สำหรับในระดับครอบครัวพบว่า ถ้าครอบครัวมีบุตรมาก ค่าใช้จ่ายก็จะมากขึ้น จึงเกิดปัญหาความยากจน และปัญหาการตั้งครมร์ที่ไม่พึงปรารถนา เป็นต้น
- 3) การขยายตัวของเมืองอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันเมืองขยายตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดแรงจูงใจให้คนย้ายถิ่นเข้าเมืองมากขึ้น สวัสดิการและการบริการสังคมอาจไม่เพียงพอกับความต้องการ เป็นเหตุให้เกิดปัญหาต่างๆตามมา เช่น ปัญหาสภาวะแวดล้อมเป็นพิษ และปัญหาระบบการจราจร เป็นต้น นอกจากนี้ ถ้ามีปัญหาด้านเศรษฐกิจก็อาจทำให้ประชนถดถอยไปจากบรรทัดฐานของสังคม จึงเกิดปัญหาสังคมขึ้น ได้แก่ ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาโสเภณี และปัญหาการทำแท้ง เป็นต้น

1.3 ทฤษฎีพฤติกรรมเบี่ยงเบน

ทฤษฎีพฤติกรรมเบี่ยงเบน (The Deviant Behavior Theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการที่พฤติกรรมหรือสภาวะการณ์ใดๆเบี่ยงเบนจากบรรทัดฐานของสังคมนั้นอาจจะเกิดจากวิธีการอันชอบธรรมที่ใช้กันอยู่มีลักษณะเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล (สุนัตรา สุภาพ, 2535: 9) นอกจากนี้ Rubington and Weinberg (1971: 126-127)

มีความเชื่อว่าพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนทำให้เกิดปัญหาสังคม กล่าวคือ ปัญหาสังคมย่อมสะท้อนให้เห็นว่ามีการละเมิดสิ่งที่สังคมคาดหวังว่าสมาชิกแห่งสังคมควรกระทำ ควรพูด และควรคิด พฤติกรรมหรือสถานการณ์ใดที่เบี่ยงหรือเบนออกไปจากแนวทางหรือบรรทัดฐานแห่งการกระทำทางสังคมเรียกว่าพฤติกรรมเบี่ยงเบนหรือสถานการณ์ที่เบี่ยงเบน การที่บุคคลมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนอาจเกิดจากปัจจัยสำคัญหลายประการ เช่น ปัจจัยทางชีววิทยา จิตวิทยา สิ่งแวดล้อม ค่านิยม และ โครงสร้างของสังคม เป็นต้น เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อคุณลักษณะของบุคคล ตลอดจนพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก การมีสภาพแวดล้อมทางสังคมไม่ดีเป็นสาเหตุของปัญหาหลายประการ สมาชิกทุกคนในสังคมจำเป็นต้องแสวงหาหนทางที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้ตามสมควรแก่สภาพ เมื่อไม่สามารถดำรงชีวิตด้วยวิถีทางที่ถูกต้องตามบรรทัดฐานของสังคมได้ บุคคลจะพยายามหาทางออกโดยการฝ่าระเบียบของสังคม บางคนอาจลักขโมย ประกอบอาชีพทุจริต เป็นโสเภณี หรือทำแท้งเพื่อลดปัญหาดังกล่าว นอกจากนี้ วรรณคดี (2525: 65-66) กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมเบี่ยงเบนไว้ดังนี้

- 1) การกระทำที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่น เช่น อาชญากรรม เป็นต้น
- 2) การบริโภคสิ่งของหรือบริการที่เบี่ยงเบน ได้แก่ การบริโภคสิ่งที่มีผิดกฎหมายหรือใช้บริการที่มีผิดกฎหมาย เช่น สุกัญชา เทียวหญิงโสเภณี และเล่นการพนัน เป็นต้น
- 3) การแสดงที่ต้องห้าม เช่น การเปลือยกายในที่สาธารณะ เป็นต้น
- 4) การเชื่อในลัทธิความเชื่อที่ต้องห้าม โดยปกติมักเป็นลัทธิความเชื่อทางการเมืองของฝ่ายตรงข้าม เช่น อยู่ในกลุ่มผู้นิยมลัทธิประชาธิปไตย แต่กลับไปนิยมลัทธิคอมมิวนิสต์ เป็นต้น
- 5) การขายสิ่งต้องห้าม เป็นการละเมิดข้อบัญญัติหรือกฎหมายบ้านเมือง รวมถึงการบริการที่มีผิดกฎหมาย เช่น การขายบริการทางเพศ เป็นต้น
- 6) การกระทำอัตตวินาศกรรม เช่น การกระทำอัตตวินาศกรรมเพื่อหนีหนี้สิน หนีความอับอาย หนีความเจ็บปวด เป็นต้น
- 7) คุณสมบัติทางร่างกายหรือจิตใจ เช่น ตาบอด หูหนวก ปัญญาอ่อน เป็นต้น

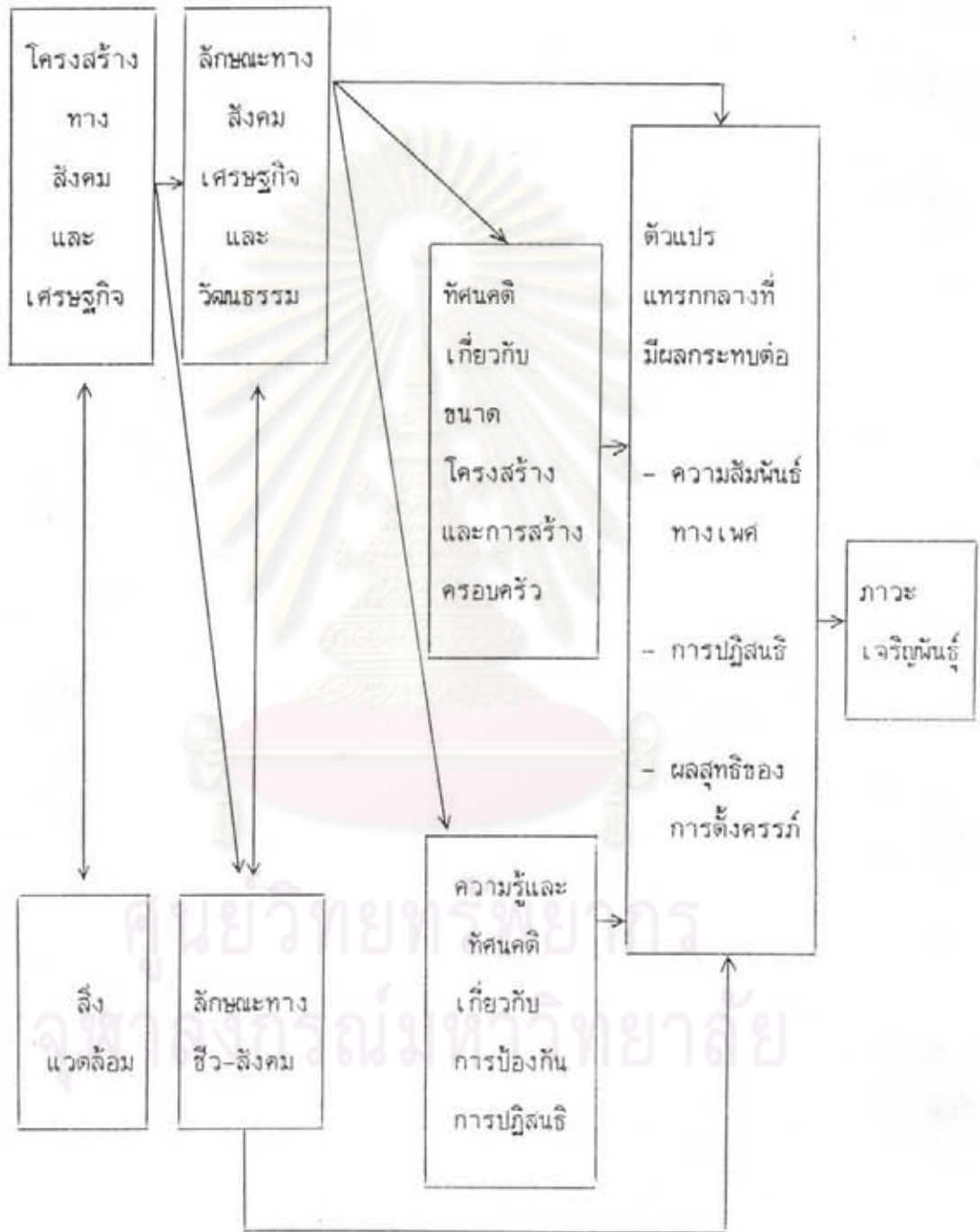
บุคลิกภาพของบุคคลจะเป็นไปลักษณะใด ขึ้นอยู่กับกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น ส่วนบุคลิกภาพที่เป็นปัญหาคือบุคลิกภาพที่ทำความเดือดร้อนแก่บุคคลอื่น ซึ่งบุคลิกภาพที่แสดงออกมานั้น อาจจะเป็นการขัดแย้งหรือบ่าบับความต้องการทางอารมณ์ของบุคคลนั้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแก้ง

ในการศึกษาทางประชากรศาสตร์นั้น แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแก้งเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจริญพันธุ์ โดย Davis and Blake (1956: 211-235) ได้เสนอกรอบแนวคิดเกี่ยวกับตัวแปรที่มีผลกระทบโดยตรงต่อภาวะเจริญพันธุ์ 11 ตัว และเรียกดัแปรเหล่านี้ว่าตัวแปรแทรกกลาง (intermediate variables) ประกอบด้วย อายุเมื่อแรกสมรส การครองโสดอย่างถาวร ระยะเวลาในวัยเจริญพันธุ์ การละเว้นเพศสัมพันธ์โดยสมัครใจ การละเว้นเพศสัมพันธ์โดยไม่สมัครใจ ความสามารถมีบุตรหรือความสามารถมีบุตรอันเนื่องมาจากสาเหตุที่ไม่สมัครใจ การป้องกันหรือการไม่ป้องกันการปฏิสนธิ ความสามารถมีบุตรหรือความสามารถมีบุตรอันเนื่องจากสาเหตุที่สมัครใจ การตายของทารกในครรภ์อันเนื่องมาจากสาเหตุที่ไม่สมัครใจ และการตายของทารกในครรภ์อันเนื่องมาจากสาเหตุที่สมัครใจ Davis and Blake อธิบายว่าระดับภาวะเจริญพันธุ์ที่แตกต่างกันในแต่ละสังคมนั้น ส่วนหนึ่งเป็นผลจากความแตกต่างในลักษณะภูมิหลังของบุคคล และความแตกต่างของโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งส่งผลต่อภาวะเจริญพันธุ์โดยผ่านตัวแปรแทรกกลาง

ต่อมา Freedman (1967: 5-9) ได้ขยายแนวคิดของ Davis and Blake โดยนำปัจจัยอื่นๆเข้ามาร่วมพิจารณา Freedman อธิบายว่าความแตกต่างของระดับภาวะเจริญพันธุ์ในแต่ละสังคมเป็นผลมาจากความแตกต่างของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณลักษณะด้านต่างๆของบุคคล และคุณลักษณะเหล่านี้มีผลกระทบทั้ง โดยตรงและโดยอ้อมต่อตัวแปรแทรกกลางอีกทอดหนึ่ง ดังแสดงในแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 2 โครงแบบสำหรับการวิเคราะห์ภาวะเจริญพันธุ์ของ Freedman



แหล่งที่มา : International Statistical Institute (1977: 21)

ต่อมา Bongaarts (1978: 105-107) ได้นำตัวแปรแทรกกลางมาศึกษาเรื่องภาวะเจริญพันธุ์ และพบว่าตัวแปรแทรกกลางที่เป็นตัวกำหนดภาวะเจริญพันธุ์อย่างแท้จริงเพียง 8 ตัว จึงได้ปรับตัวแปรชุดนี้ใหม่เพื่อให้สามารถศึกษาเชิงปริมาณและประเมินว่าตัวแปรเหล่านี้มีส่วนทำให้ภาวะเจริญพันธุ์เปลี่ยนแปลงในระดับแตกต่างกันอย่างไรได้ง่ายขึ้น และเรียกตัวแปรเหล่านี้ว่าตัวกำหนดใกล้ชิด (proximate determinants) ตัวแปรที่ Bongaarts เสนอเป็นตัวกำหนดใกล้ชิดของภาวะเจริญพันธุ์มี 8 ตัวคือ สัดส่วนของสตรีที่แต่งงาน การคุมกำเนิด การทำแท้ง ระยะเวลาให้นมบุตร ความถี่ของการร่วมเพศ การเป็นหมั้นถาวร การตั้งเอง และการตายคลอด

ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแท้งที่ผ่านมา พบว่าการวิจัยเรื่องดังกล่าวยังขาดแนวคิดเชิงทฤษฎีโดยตรงที่จะยึดถือเป็นแนวทางในการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อเท็จจริงที่ว่า การทำแท้งเป็นเรื่องที่ผิดศีลธรรมและผิดกฎหมาย การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่จะศึกษาถึงทัศนคติเกี่ยวกับการทำแท้งของกลุ่มบุคคลต่างๆ เช่น ครูอาจารย์ นิสิต นักศึกษา แพทย์ และวัยรุ่น เป็นต้น ส่วนการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแท้ง หรือสาเหตุของการทำแท้ง ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจอย่างยิ่งมีผู้ศึกษาไว้น้อยมาก การทบทวนผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในครั้งนี้จะนำเสนอเป็นลำดับดังนี้คือ ประเภทของการแท้ง คุณลักษณะของผู้ป่วยแท้ง สาเหตุของการทำแท้ง และปัจจัยที่มีผลต่อประเภทของการแท้ง

1. ประเภทของการแท้ง

การทบทวนเอกสารเกี่ยวกับประเภทของการแท้งจะแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ การแท้งตามธรรมชาติ และการทำแท้ง โดยในส่วนหลังนี้จะแบ่งเป็นการทำแท้งเพื่อการรักษา และการทำแท้งผิดกฎหมาย

1.1 การแท้งตามธรรมชาติ

การแท้งตามธรรมชาติเป็นเหตุการณ์ที่พบได้ร้อยละ 10 ของการตั้งครรภ์ การแท้งตามธรรมชาติมีสาเหตุหลายอย่าง ทั้งสาเหตุจากมารดาและสาเหตุจากทารก และการแท้งเองตามธรรมชาติบางรายหาสาเหตุที่แท้จริงไม่ได้ เพราะเป็นสาเหตุที่ไม่มีทางพิสูจน์ สมหมาย ถุงสุวรรณ (2527: 551-555) และวิลลาร์ด กฤษวิเชียร (2522: 87-90) ได้เรียบเรียงประเภทของการแท้งตามธรรมชาติไว้ดังนี้

1) การแท้งคุกคาม (threatend abortion) เป็นระยะเริ่มแรกของการแท้งซึ่งเป็นระยะที่อาจจะแท้ง หรืออาจจะไม่แท้งและตั้งครรภ์เป็นปกติต่อไป การแท้งคุกคามมักจะเกิดขึ้นเมื่ออายุครรภ์ 8-12 สัปดาห์ มีเลือดออกเล็กน้อยและอาจรู้สึกปวดเกร็งเล็กน้อยบริเวณท้องน้อย เลือดมักจะหยุดภายใน 1-2 วัน แต่บางรายอาจจะมีอาการปวดมากขึ้นพร้อมกับมีเลือดออกมากขึ้น การตรวจภายในจะพบว่าปากมดลูกยังปิด และขนาดของมดลูกยังไม่ได้สัดส่วนกับอายุครรภ์

2) การแท้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (inevitable abortion) เป็นระยะการแท้งที่คืบหน้าต่อไปจากการแท้งคุกคาม มีอาการปวดท้องน้อยรุนแรงขึ้น ปากมดลูกเริ่มบางและเปิดขยายเลือดออกมาก และมักจะมีเลือดออกเป็นก้อนด้วย จะคลำพบถุงน้ำคร่ำไปงดันรูปปากมดลูก การแท้งระยะนี้ไม่มีทางจะหยุดยั้งได้

3) การแท้งไม่ครบ (incomplete abortion) เป็นการแท้งที่ยังมีบางส่วนค้างอยู่ในโพรงมดลูก คือจะมีทารกแท้งออกมา แต่รกยังค้างอยู่ในโพรงมดลูก การแท้งแบบนี้ทำให้มีการตกเลือดได้มากและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ถ้าผู้ป่วยได้รับเลือดทดแทนไม่เพียงพอหรือมีการติดเชื้อตามมา จะต้องได้รับการดูดมดลูกโดยเร็ว การแท้งประเภทนี้มักเกิดเมื่ออายุครรภ์ 6-12 สัปดาห์

4) การแท้งครบ (complete abortion) เป็นการแท้งที่ไม่มีส่วนใดค้างอยู่ในโพรงมดลูก เลือดจะหยุด ปากมดลูกปิดและขนาดมดลูกเล็กลง มักจะพบในการแท้งที่อายุครรภ์ 4-6 สัปดาห์

5) การแท้งค้าง (missed abortion) เป็นการแท้งที่ทารกตายค้างอยู่ในโพรงมดลูกหลายสัปดาห์ โดยเฉลี่ยประมาณ 6 สัปดาห์ จึงจะแท้งออกมา สาเหตุที่ค้าง

อยู่นานนั้นยังไม่ทราบแน่นอน ลักษณะอาการที่พบคือ เริ่มจากอาการของการแท้งคุกคาม ต่อมา มีอาการดีขึ้นเองหรือดีขึ้นเพราะตอบสนองต่อการรักษาของแพทย์ และตั้งครรรภ์ต่อไปโดยมีมูกสีน้ำตาลออกเป็นครั้งคราว อาการแพ้ท้องหายไป เต้านมเล็กลง มดลูกไม่โตขึ้นหรือมีขนาดเล็กลง รกไม่ทำหน้าที่ผลิตฮอร์โมน การทดสอบปัสสาวะเพื่อตรวจการตั้งครรรภ์ให้ผลลบ แพทย์จะชูดมดลูกให้ทันที

1.2 การทำแท้ง

การทำแท้งเป็นวิธีแก้ปัญหาการตั้งครรรภ์ที่ไม่พึงปรารถนาที่ใช้กันมาตั้งแต่โบราณจนถึงปัจจุบัน การทำแท้งมีวิธีการต่างกันอย่างมากมายหลายวิธี บางวิธีก็ได้ผลดี บางวิธีก็ไม่ได้ผล ส่วนอันตรายและอาการแทรกซ้อนก็มีมากน้อยแตกต่างกันไป และยังขึ้นอยู่กับความชำนาญของผู้ที่ทำแท้ง ในที่นี้จะแบ่งการทำแท้งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นการทำแท้งเพื่อการรักษาหรือทำแท้งตามข้อบ่งชี้ (therapeutic abortion) ของแพทย์แผนปัจจุบัน และส่วนหลังเป็นการทำแท้งผิดกฎหมาย (criminal abortion) ซึ่งอาจจะมีทั้งการทำแท้งแบบโบราณและการทำแท้งแบบที่แพทย์แผนปัจจุบันทำอยู่ด้วย มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับประเภทของการทำแท้งไว้หลายคนคือ สุนทร เกิดสว่าง (2523: 4-5) พิชรี แนวพานิช (2530: 47) สภาประชากร (2524: 18-20) และเนาวรัตน์ สุนทรวิช (2534: 101-105) เป็นต้น สรุปได้ดังนี้

1.2.1 การทำแท้งเพื่อการรักษา

1) การปรับประจำเดือน (menstrual regulation)
 การทำแท้งด้วยวิธีปรับประจำเดือนนี้ใช้ได้ผลดีในกรณีที่อายุครรรภ์ไม่เกิน 6 สัปดาห์ (นับตั้งแต่วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย) การทำแท้งวิธีนี้ใช้เครื่องมือเป็นกระบอกพลาสติก ลักษณะคล้ายกระบอกฉีดยา มีเส้นรอบวง 4-8 มิลลิเมตร สอดผ่านทางปากมดลูกเข้าไปดูดเอาสิ่งที่อยู่ในโพรงมดลูกออกมาจนหมดโดยใช้เวลาไม่เกิน 5 นาที หลังการทำแท้งด้วยวิธีนี้จะมีเลือดออกประมาณ 2-3 วัน ข้อดีของการทำแท้งวิธีนี้คือ ทำง่าย รวดเร็ว เสียค่าใช้จ่ายน้อย และค่อนข้างปลอดภัย

2) การขูดมดลูก (dilatation and curette) การขูดมดลูกเป็นวิธีที่นิยมใช้กันมานาน ทำได้ง่ายและปลอดภัย เป็นวิธีที่ใช้ได้ผลดีในกรณีที่อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ถ้าอายุครรภ์ไม่เกิน 16 สัปดาห์ก็ยังสามารถทำได้ แต่ต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญ เพราะอาการแทรกซ้อนจะมากขึ้น ก่อนขูดมดลูกจะต้องเตรียมเลือดไว้ให้พร้อม (เนื่องจากบางรายอาจมีเลือดออกมากขณะขูดมดลูก) ให้น้ำเกลือผสมกับยากระตุ้นให้มดลูกหดตัวหยุดเข้าทางหลอดเลือดดำ แล้วเริ่มขยายปากมดลูก ถ้าอายุครรภ์ประมาณ 6 สัปดาห์ควรขยายปากมดลูกให้เปิด 1 เซนติเมตร แล้วขูดมดลูกจนเยื่อหุ้มเด็กและเศษรกออกหมด แต่ถ้าอายุครรภ์ 10-12 สัปดาห์ควรขยายปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ใช้นิ้วสอดเข้าไปเจาะถุงน้ำคร่ำ พยายามแยกรกจากมดลูก แล้วใช้เครื่องมือคีบรกและเด็กออก ถ้าออกไม่หมดต้องขูดมดลูกด้วยความระมัดระวัง เพราะผนังมดลูกอาจทะลุได้ง่าย ควรตรวจดูว่าไม่มีเศษรกค้างในโพรงมดลูก จากนั้นจึงฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดดำเพื่อให้มดลูกหดตัวดี ข้อเสียของวิธีนี้คือ ถ้าแพทย์ไม่ชำนาญ ใช้เครื่องมือไม่ถูกต้อง อาจทำให้ผนังมดลูกทะลุได้

3) การใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (vacuum aspiration) การทำแท้งวิธีนี้ทำได้ง่ายและรวดเร็วกว่าการขูดมดลูก อัตราการเกิดมดลูกทะลุ ตลอดจนการตกเลือดและการติดเชื้อน้อยกว่าการขูดมดลูก การทำแท้งโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศนี้จะใช้ท่อพลาสติกหรือท่อโลหะสอดเข้าไปในโพรงมดลูกเพื่อดูดเอาสิ่งต่าง ๆ ภายในโพรงมดลูกออกมาจนหมด จะใช้วิธีนี้ได้อย่างปลอดภัยในกรณีที่อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ และใช้ได้ผลดีในการตั้งครรภ์ไข่ปลาลูก

4) การใช้น้ำเกลือเข้มข้นฉีดเข้าไปในถุงน้ำคร่ำ (intra-amniotic hypertonic saline instillation) การทำแท้งวิธีนี้ใช้ได้ผลดีสำหรับรายที่มดลูกโตจนคล้ำได้ชัดเจนทางหน้าท้อง (อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป) โดยใส่น้ำเกลือเข้มข้นร้อยละ 20 ประมาณ 200 มิลลิลิตร ผ่านทางหน้าท้องเข้าไปในถุงน้ำคร่ำ ซึ่งจะทำได้ทั้งภายใน 1-2 วัน การทำแท้งวิธีนี้ต้องการความชำนาญพิเศษ เพราะถ้าหากใส่น้ำเกลือเข้าหลอดเลือดดำหรือกล้ามเนื้ออาจทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ เช่น การอักเสบติดเชื้อ การอุดตันของหลอดเลือดดำของปอดและสมอง เป็นต้น

5) การใช้ยาจำพวกพรอสตาแกลนดินส์ (prostaglandins) การทำแท้งวิธีนี้เป็นวิธีที่ทำให้มดลูกหดตัวและเกิดการแท้ง มักจะใช้วิธีนี้ในกรณีที่อายุครรภ์ระหว่าง 13-24 สัปดาห์ เพราะถ้าอายุครรภ์ต่ำกว่า 12 สัปดาห์ จะทำให้มดลูกบีบรัดตัวรุนแรงจนเกิดความเจ็บปวดมากและทำให้เสียเลือดมาก ยาจำพวกพรอสตาแกลนดินส์ มีหลายประเภท คือ ยารับประทาน ยาเหน็บช่องคลอด ยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดดำ และยาฉีดเข้าภายในถุงน้ำคร่ำ ผู้ใช้ยาอาจมีอาการแทรกซ้อน คือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน และปวดท้องมาก เป็นต้น

6) วิธีอื่นๆ เช่น การผ่าตัดมดลูก การตัดต่อรังไข่ ซึ่งจะใช้ในกรณีที่ตั้งครรภ์นอกมดลูกหรือตั้งครรภ์ไข่ปลาลูกบางราย หรือในกรณีที่ทำแท้งด้วยวิธีอื่นไม่สำเร็จ

1.2.2 การทำแท้งผิดกฎหมาย

การทำแท้งผิดกฎหมายคือการทำแท้งนอกเหนือไปจากการทำแท้งเพื่อการรักษา ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นการทำแท้งโดยแพทย์หรือบุคคลที่ไม่ใช่แพทย์ การทำแท้งผิดกฎหมายมีอยู่ในประเทศด้อยพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนาทุกประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่กฎหมายของประเทศเหล่านี้ไม่อนุญาตให้ทำแท้ง โดยที่การทำแท้งในประเทศเหล่านี้ยังมีข้อจำกัดมาก จึงทำให้ต้องลักลอบทำแท้ง และสตรีที่ยากจนก็จะทำแท้งกับหมอเถื่อน เพราะเสียค่าใช้จ่ายต่ำ แม้ว่าสตรีเหล่านั้นจะต้องเสี่ยงอันตรายก็ตาม สำหรับในประเทศไทยนั้นพบว่าแต่ละภาคนิยมวิธีทำแท้งแตกต่างกันไป ทองเปลว นาควรรณกิจ (2521) สรุปผลการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการทำแท้งในเขตชนบทเกี่ยวกับวิธีทำแท้ง ดังนี้

1) การใช้รากไม้ ดันหญ้า หรือกำไบไม้เหน็บเข้าไปในช่องคลอดแล้วปล่อยทิ้งไว้ ผู้ที่ใช้รากไม้เป็นชาวเขมรและไม่ได้บอกว่า เป็นรากไม้ชนิดใด นอกแต่ว่าเป็นรากไม้ที่หาค่อนข้างยาก ส่วนการใช้ดันหญ้าหรือกำไบ ไม่นั้นพบในจังหวัดภาคใต้ โดยจะใช้ เวทมนตร์คาถากำกับด้วย

2) การเสกหมากให้กิน โดยเคี้ยวแล้วกลืน ทำให้แห้งใน 1-7 วัน ถ้าไม่แห้งต้องกินหมากซ้ำ การทำแห้งวิธีนี้พบในภาคใต้ ผู้ที่ทำเป็นเจ้าหน้าที่ ผดุงครรภ์ ซึ่งรายงานว่าได้คาถามาจากคนมุสลิม

3) การใช้วัสดุแข็งๆสอดเข้าไปในช่องคลอด ทำให้เยื่อหุ้มอ่อนขาด แล้วเอามือล้วงเอาเด็กออกมา บางครั้งก็ใช้การบีบรัดให้เด็กออก เสร็จแล้วให้กินน้ำนมดี ห้ามกินของแสลงบางชนิด ผู้ที่ทำแห้งวิธีนี้เป็นชาวมุสลิมในภาคใต้

4) การกดมดลูกให้ต่ำ โดยใช้นิ้วสวมถุงมือสะอาดสอดเข้าไปในช่องคลอด แล้วใช้คาถาด้วย บางรายใช้น้ำมันตะมะพร้าวเสก เอานิ้วจุ่มแล้วล้วงเข้าไปในช่องคลอด (พบในภาคใต้)

5) การใช้เครื่องมือถ่างขยายปากมดลูก (speculum) เปิดปากมดลูก การทำแห้งวิธีนี้เมื่อถ่างขยายปากมดลูกแล้วใช้เครื่องมือขูดความให้พบขอบรกและให้ล่อนออกจากตัวมดลูกจนเครื่องมือขูดมดลูกหมุนได้รอบ จึงฉีดยาเกลือโคสเข้าไปทางสายยางประมาณ 20 มิลลิลิตร จากนั้นให้ผู้ป่วยชื่อยาคองเหล่านักขับเลือดออกให้หมด บางรายใช้เครื่องมือขูดมดลูกสอดเข้าไปเพื่อทำให้ตกเลือดแล้วฉีดยาเพิ่มการหดตัวของมดลูกช่วยอาจให้น้ำเกลือด้วย วิธีนี้พบมากในภาคกลางและภาคอีสาน

6) การฉีดยาเคมีเข้าไปในมดลูก (ทางช่องคลอด) โดยใช้สายยางสวนปัสสาวะหรือสายให้น้ำเกลือ น้ำยาที่ใส่เข้าไปได้แก่ น้ำเกลือ น้ำกลั่น น้ำต้มลูกผสมยาควินิน (ซึ่งมีทั้งแบบเม็ดเป็นผง และแบบฉีด) นอกจากนั้นยังมีน้ำเกลือโคส น้ำยาฆ่าเชื้อ (เช่น lysol, alcohol gasoline) ผสมน้ำต้มลูก หรืออาจใช้ยาเม็ดสำหรับทำแห้งโดยเฉพาะละลายน้ำต้มลูก เช่น ยา dueotynon-ford ส่วนใหญ่จะให้ยาปฏิชีวนะด้วย บางรายให้น้ำเกลือเข้าหลอดเลือดดำด้วย วิธีนี้พบมากในภาคกลางและภาคอีสาน

7) การใช้สายยางสวนปัสสาวะ (catheter) ต้มหรือแช่แอลกอฮอล์ แล้วสอดเข้าไปในช่องคลอดจนถึงมดลูกแล้วคาทั้งไว้ เมื่อผู้ป่วยตกเลือด ผู้ให้บริการบางรายจะฉีดยาจำพวก ergot ให้มดลูกหดตัว บางรายใช้เครื่องมือขูดมดลูกและส่วนใหญ่จะใช้ยาปฏิชีวนะและฉีด procain ด้วย วิธีนี้พบในภาคกลางและภาคเหนือ

8) การชูดมดลูก การทำแท้ง โดยวิธีชูดมดลูกนี้พบในทุกภาคและผู้ให้บริการประเภทนี้เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับพยาบาลและบุรุษพยาบาล

9) การนวด การทำแท้งวิธีนี้พบในทุกภาค แต่พบมากในภาคเหนือ วิธีการคือพยายามยกมดลูกให้ลอยขึ้น โดยให้ผู้ป่วยนอนหงายงอเข่า ใช้หมอนหนุนก้นให้สูง บางคนใช้สันเท้ายันบริเวณปากช่องคลอดเพื่อให้มดลูกลอยตัวขึ้น แล้วคลำให้พบก้อนเลือด ในการบีบให้ก้อนเลือดแตก ผู้ทำแท้งบางคนใช้อุ้งมือและนิ้วหัวแม่มือบีบคั่ง การทำแท้งวิธีนี้อาจจะบีบคั่งให้เลือดออกเลยในวันนั้น (บีบก่อนเลือด 20-30 นาที) บางรายต้องทำซ้ำ 3-5 วัน นานที่สุดต้องทำ 5-7 วัน

2. คุณลักษณะประจำตัวของผู้ป่วยแท้ง

คุณลักษณะประจำตัวของบุคคลเป็นสิ่งที่แสดงถึงความแตกต่างของบุคคลนั้นๆ เช่น อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนบุตรที่มีชีวิต ประวัติการแท้ง อายุครรภ์ และเขตที่อยู่อาศัย ซึ่งความแตกต่างนี้อาจทำให้บุคคลนั้นมีประเภทของการแท้งที่แตกต่างกัน โดยมีข้อค้นพบดังนี้

2.1 อายุ

อายุเป็นตัวแปรสำคัญที่สะท้อนให้เห็นภูมิหลังและประสบการณ์ในชีวิต พฤติกรรมและสมรรถภาพในการรับตัวที่แตกต่างกัน สตรีที่เป็นผู้ใหญ่ซึ่งเป็นผู้บรรลุนิติภาวะแล้วจะมีอารมณ์มั่นคงมีความรับผิดชอบต่อตนเองและต่อสังคม สามารถมีความคิดใคร่ครวญ มีเหตุผลก่อนตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ดี จากการศึกษางานวิจัยหลายโครงการพบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนมากอายุยังน้อย (20-24 ปี) เช่น การศึกษาของถาวร ดิษฐเย็น (2531: 28) สุกานดา สุวนิชชาติ (2519: 40-41) สุพร เกิดสว่าง และคณะ (2531: 49) ลักษณะสิริเวชประเสริฐ (2525: 134) และนางลักษณ์ วีรวัฒน์ และคณะ (2517: 13) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาบางชิ้นพบว่าสตรีที่ทำแท้งมีอายุน้อยกว่านี้หรือมากกว่านี้ เช่น การศึกษาผู้ป่วยแท้งที่โรงพยาบาลวชิระ โดยลวิวัฒน์ จันทร์จำนง (2525: 237) พบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 15-20 ปี และสุพร เกิดสว่าง (2537: 3) พบว่ามากกว่าร้อยละ

80 ของสตรีโสดที่ทำแท้งอายุน้อยกว่า 25 ปี ส่วนการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้ง ผิดกฎหมายของสตรีไทยในกรุงเทพมหานคร ของสุวลี เจริญแพทย์ (2523: 23) และการศึกษาวิจัยที่สัมพันธ์กับอาการแทรกซ้อนของการทำแท้งในโรงพยาบาลรามารัตน์ โดยนิตยา ลินสุกใส (2528: 22) พบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 25-29 ปี และการศึกษาของสุวชัย อินทรประเสริฐ และคณะ (2531: 59) พบว่าสตรีส่วนใหญ่ที่ไปปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลรามารัตน์เพื่อขอทำแท้งอยู่ในกลุ่มอายุ 30-34 ปี

สำหรับในต่างประเทศพบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่อายุมากกว่า 25 ปี เช่น Reguena (1970: 342) ซึ่งศึกษาการทำแท้งในภูมิภาคลาตินอเมริกา พบว่าในประเทศชิลีสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 25-29 ปี ส่วนในประเทศเม็กซิโกและในประเทศโคลัมเบียพบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 35-39 ปี และกลุ่มอายุ 30-44 ปี ตามลำดับ การศึกษาของ Kube and Ogino (1966: 15-16) ซึ่งศึกษาสตรีที่ทำแท้งจากโรงพยาบาล 6 แห่งในประเทศญี่ปุ่นระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม ปี ค.ศ. 1964 พบว่าผู้ทำแท้งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 25-29 ปี นอกจากนี้การศึกษาในหลายประเทศพบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-34 ปี เช่น การศึกษาของ Mehlam (1970: 308-310) ในประเทศยุโรปตะวันออก การศึกษาของ Hun (1973: 22) ในประเทศสาธารณรัฐเกาหลี การศึกษาของ Roa and Kanbargi (1977: 312-315) ในประเทศอินเดีย และการศึกษาของ Samers (1977: 142-145) ในประเทศเดนมาร์ก เป็นต้น

สำหรับการทำแท้งเองตามธรรมชาติ การศึกษาในประเทศไทยพบว่าสตรีที่แท้งเองตามธรรมชาติส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 25-29 ปี เช่น การศึกษาของสุวลี เจริญแพทย์ (2523: 50) ซึ่งศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งผิดกฎหมายของสตรีไทยในกรุงเทพมหานคร และเนาวรัตน์ สุนทรวิช (2534: 46) ซึ่งศึกษาลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของผู้ป่วยแท้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นต้น สำหรับในต่างประเทศการศึกษาของ Khan et. al. (1986: 96) ซึ่งศึกษาการทำแท้งในเขตชนบทของประเทศบังคลาเทศ พบว่าสตรีที่แท้งเองตามธรรมชาติส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 25 ปี



ผลการศึกษาในประเทศไทยและในต่างประเทศพบว่าสตรีที่แท้งมีอายุแตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาในประเทศไทยพบว่าสตรีที่แท้งมักมีอายุน้อย (20-24 ปี) ส่วนสตรีที่แท้งเองตามธรรมชาติจะมีอายุมากกว่า

2.2 สถานภาพสมรส

ผลการวิจัยหลายชิ้นพบว่าทั้งสตรีที่แท้งเองตามธรรมชาติและสตรีที่แท้งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สมรสแล้ว ข้อค้นพบนี้อาจจะคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงไปบ้าง เนื่องจากสตรีที่แท้งส่วนหนึ่งเป็นสตรีโสดที่รายงานบิดเบือนว่าตนสมรส การศึกษาทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ จารุ ช่วยอุดม (2517: 48) งามโคทย์ รัตนานุกูล (2528: 50) นิมพาพร ดันประเสริฐ (2526: 212) Roa and Kanbargi (1977: 312-315) และ Samers (1977: 142-145) พบว่าร้อยละ 50 ของสตรีที่แท้งเป็นผู้ที่สมรสแล้ว แต่การศึกษาของ Freeman (1978: 150) พบว่าร้อยละ 81 ของสตรีในเมืองนิลาเทลเพียที่แท้งเป็นโสด นอกจากนี้ สุพร เกิดสว่าง และคณะ (2523: 110) พบว่ากว่าร้อยละ 72.7 ของสตรีที่ลักลอบทำแท้งเป็นผู้ที่สมรสแล้ว และพบว่าสตรีที่ลักลอบทำแท้งมีแนวโน้มที่จะมีสัดส่วนของผู้ที่เป็นโสดสูงขึ้น (จากร้อยละ 27.3 ในปี พ.ศ. 2511 เป็นร้อยละ 38.1 ในปี พ.ศ. 2521)

สำหรับการแท้งเองตามธรรมชาติ พบว่าสตรีส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สมรสแล้ว เช่น การศึกษาของสุวลี เจริญแพทย์ (2523: 51) ซึ่งศึกษาการทำแท้งของสตรีไทยในกรุงเทพมหานคร และการศึกษาของเนาวรัตน์ สุนทรรัช (2534: 47) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยแท้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นต้น

การทบทวนผลการศึกษาสถานภาพสมรสของสตรีที่แท้งสรุปได้ว่าสตรีที่แท้งและสตรีที่แท้งเองตามธรรมชาติส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สมรสแล้ว

2.3 การศึกษา

การศึกษามีส่วนช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวและเป็นกระบวนการที่ช่วยพัฒนาบุคคลให้ดีขึ้นทั้งด้านร่างกายและสติปัญญา (ณอม มากะจันทร์, 2514: 31) กล่าวคือบุคคลที่ได้รับการศึกษาสูงย่อมมีวิจารณ์งานในการวิจารณ์สิ่งต่างๆอย่างมีเหตุผล มีความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้องแตกต่างจากผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาต่างกันจึงเลือกแนวทางดำเนินชีวิตและปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น (เช่น การตั้งกรรมที่ไม่พึงปรารถนา) แตกต่างกันออกไป

การศึกษาการทำแท้งในประเทศไทย เช่น การศึกษาของเทพพนม เมืองแมน (2515: 2) ทองเปลว นาควรรณกิจ (2521: 133) สมจิตต์ ภาคกร และคณะ (2523: 10) สุเมธ บุญกัลยา และคณะ (2523: 151) และสิริชัย ชัยสิริโสภณ และคณะ (2516: 273) พบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา แต่การศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Callahan (1972: 298) ในประเทศไต้หวันและประเทศเกาหลี พบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่จะมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Fisek (1974: 167) ซึ่งศึกษาการทำแท้งในประเทศตุรกี

นอกจากนี้ มีงานวิจัยหลายโครงการที่ศึกษาทั้งการทำแท้งและการแท้งเองตามธรรมชาติ เช่น การศึกษาของ Koetsawang (1976: 2-16) ซึ่งศึกษาสถิติผู้ป่วยแท้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราชในช่วงปี พ.ศ. 2511 ถึงปี พ.ศ. 2518 จำนวน 2,564 ราย และการศึกษาของสุวสี เจริญแพทย์ (2523: 52) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งผิดกฎหมายของสตรีไทยในกรุงเทพมหานคร พบว่าสตรีที่ทำแท้งและสตรีที่แท้งเองตามธรรมชาติส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนการศึกษาของสุกานดา สุวณิชชาติ (2519: 43) ซึ่งศึกษาปัญหาการทำแท้งของสตรีไทยและวิธีป้องกันแก้ไข ก็พบในทำนองเดียวกันนี้ว่า สตรีที่ทำแท้งและสตรีที่แท้งเองตามธรรมชาติ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และพบว่าสตรีที่แท้งเองตามธรรมชาติมีการศึกษาต่ำกว่าสตรีที่ทำแท้ง กล่าวคือ ร้อยละ 65 ของสตรีที่แท้งเองตามธรรมชาติมีการศึกษาระดับประถมศึกษา และร้อยละ 5 มีการศึกษาระดับอาชีวศึกษา เปรียบเทียบกับร้อยละ 49.4 และร้อยละ 20 ของสตรีที่ทำแท้งตามลำดับ แต่

จากการศึกษาของ Chaturachinda, et al. (1981: 258) ซึ่งศึกษาการทำแท้งในโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา

ส่วนสตรีที่แท้งเองตามธรรมชาติส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

กล่าวโดยสรุปได้ว่าทั้งสตรีที่ทำแท้งและสตรีที่แท้งเองตามธรรมชาติส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา

2.4 อาชีพ

การศึกษาสตรีที่ทำแท้งและสตรีที่แท้งเองตามธรรมชาติในประเทศไทยมีข้อค้นพบที่แตกต่างกันไป กล่าวคือ ส่วนหนึ่งพบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน เช่น การศึกษาของกาญจนา กาญจนารัตน์ และคณะ (2531: 23) ลักษณะ ลีวีเวชประเสริฐ (2525: 196) สุวชัย อินทรประเสริฐ และคณะ (2531: 61) ลีวิชัย ชัยลวีโสภณ และคณะ (2516: 278) ในขณะที่การศึกษาอีกส่วนหนึ่งพบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพใช้แรงงาน (เกษตรกรรม กรรมกร รับจ้าง) เช่น การศึกษาของเนาวรัตน์ สุนทรیش (2534: 28) และการศึกษาของสุนทร เกิดสว่าง (2523: 122) เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พิจารณาอาชีพของผู้ทำแท้งจำแนกตามสถานภาพสมรส เช่น การศึกษาของอมร เกิดสว่าง และคณะ (2523: 111) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยเนื่องจากการลักลอบทำแท้งที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชในช่วงปี พ.ศ. 2511 ถึงปี พ.ศ. 2521 และการศึกษาของกนก โตสุรัตน์ (2522: 105) ซึ่งศึกษาลักษณะทางประชากรของสตรีที่ทำแท้งเนื่องจากการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา พบว่าสตรีโสดที่ลักลอบทำแท้งส่วนใหญ่เป็นนักเรียนนักศึกษา รองลงไปเป็นผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้าง ส่วนสตรีสมรสที่ลักลอบทำแท้งแล้วส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน (ทำงานบ้าน) รองลงไปเป็นผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้าง การศึกษาที่มีข้อค้นพบแตกต่างไปจากที่กล่าวมาข้างต้นคือ การศึกษาของอุดมศักดิ์ สังข์คุ้ม (2526: 118) ซึ่งศึกษาการทำแท้งในโรงพยาบาลตากสิน และการศึกษาของศุภชัย ฤกษ์งาม และคณะ (2528: 634) ซึ่งศึกษาสตรีที่ลักลอบทำแท้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าสตรีโสดที่ทำแท้งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างหรือทำนา รองลงไปเป็นนักเรียน ส่วนสตรีสมรสที่ทำแท้งแล้วส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างหรือทำนา รองลงไปเป็นแม่บ้าน นอก

จากนี้การศึกษาของสวลี เจริญแพทย์ (2523: 53) ซึ่งศึกษาทำแท้งของสตรีไทยในกรุงเทพมหานคร พบว่าทั้งสตรีที่ทำแท้งและสตรีที่แท้งเองตามธรรมชาติส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ Tietze and Henshaw (1986: 69) ศึกษาเรื่องการทำแท้งในประเทศต่างๆในช่วงปี ค.ศ. 1963 ถึงปี ค.ศ. 1971 การศึกษาช่วงแรกระหว่างปี ค.ศ. 1963 ถึงปี ค.ศ. 1968 พบว่าในร้อยละ 53.7 ของสตรีโสดที่ทำแท้งอยู่กลุ่มวิชาชีพและนักเรียน รองลงไปคืออาชีพเสมียนและช่างฝีมือ (ร้อยละ 13.8) ส่วนการศึกษาในช่วงที่ 2 ระหว่างปี ค.ศ. 1969 ถึงปี ค.ศ. 1971 พบว่าสัดส่วนดังกล่าวนี้เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 62.5 และร้อยละ 30.5 ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Howell and Lee (1969: 29) ซึ่งศึกษาสตรีที่ทำแท้งในเขตชายฝั่งทะเลตะวันออกของประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่างเดือนตุลาคม ค.ศ. 1966 ถึงเดือนมีนาคม ค.ศ. 1967 พบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวิชาชีพและนักเรียนมากที่สุด (ร้อยละ 37.7) รองลงไปคือ อาชีพเสมียนและการขาย (ร้อยละ 24.6)

ผลการศึกษาลักษณะด้านอาชีพในประเทศไทยพบว่าสตรีโสดที่ทำแท้งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพวิชาชีพและเป็นนักเรียนนักศึกษา ส่วนสตรีสมรสที่ทำแท้งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพใช้แรงงาน (เกษตรกร รับจ้าง) หรือแม่บ้าน

2.5 จำนวนบุตรที่มีชีวิต

การศึกษางานวิจัยหลายโครงการในประเทศไทย พบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่ยังไม่เคยมีบุตร เช่น การศึกษาของสุนทร เกิดสว่าง (2523: 123) ซึ่งรวบรวมข้อมูลสตรีที่ทำแท้งในโรงพยาบาลของรัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.1) ยังไม่เคยมีบุตร รองลงไปที่มีบุตร 5 คนหรือมากกว่า (ร้อยละ 23.6) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของจารุ ช่วยอุดม (2517: 52) ซึ่งศึกษาสาเหตุการทำแท้งของผู้ป่วยแท้งในโรงพยาบาลหญิง พบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 60) ยังไม่เคยมีบุตร เช่นเดียวกับการศึกษาของประทีป เทพรัตน์ (2514: 675) ซึ่งศึกษาการทำแท้งในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่ยังไม่เคยมีบุตร อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาบางชิ้นที่พบว่าสตรีที่ทำแท้งมีบุตรที่มีชีวิตมากกว่านี้ เช่น การศึกษาของ

นิตยา สิ้นสุกใส (2528: 30) ซึ่งศึกษาอาการแทรกซ้อนของการทำแท้งในโรงพยาบาล รามาธิบดี และการศึกษาของเนาวรัตน์สุนทรรัช (2534: 32) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยแท้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่มีบุตรมีชีวิต 1-2 คน ส่วนทองเปลว นาควรรณกิจ (2521) ได้ศึกษาลักษณะทั่วไปของสตรีที่ทำแท้งด้วยวิธีทางอ้อม โดยการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการทำแท้ง 81 คนจาก 48 จังหวัด ซึ่งไม่เคยมีการบันทึกข้อมูลไว้ พบว่าสตรีที่ทำแท้งมีบุตรที่มีชีวิตอยู่ประมาณ 2-7 คน นอกจากนี้ Narkavonnakit and Bennett (1981: 58-65) ซึ่งศึกษาสตรีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ทำแท้งก็พบผลการศึกษากันเองเดียวกัน

การศึกษาในต่างประเทศมีข้อค้นพบที่แตกต่างกันไป กล่าวคือ ส่วนหนึ่งพบว่าสตรีที่ทำแท้งมีบุตรหลายคน และอีกส่วนหนึ่งพบว่าสตรีที่ทำแท้งยังไม่เคยมีบุตรหรือมีบุตรเพียง 1-2 คน ในกรณีแรกนั้น การศึกษาในประเทศอินเดียโดย Kanbargi, et al. (1977: 34) พบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.7) มีบุตร 3 คนขึ้นไป ส่วน Roa and Kanbargi (1977: 312-315) ซึ่งศึกษาสตรีที่ทำแท้งในประเทศอินเดียเช่นเดียวกัน พบว่าร้อยละ 46 มีบุตร 2-3 คน และอีกร้อยละ 37 มีบุตร 4 คน สำหรับการศึกษากันพบว่าสตรีที่ทำแท้งยังไม่เคยมีบุตรหรือมีบุตรเพียง 1-2 คน ได้แก่ การศึกษาของ Center for Disease Central Abortion Surveillance (1975: 3) ซึ่งศึกษาสตรีที่ทำแท้งในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่ยังไม่เคยมีบุตร (ร้อยละ 45) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Spinelli and Grandolfo (1989: 18-19) ซึ่งศึกษาการทำแท้งและการคุมกำเนิดในประเทศอิตาลีและพบว่าร้อยละ 32.4 ของสตรีที่ทำแท้งยังไม่เคยมีบุตร ร้อยละ 30.2 มีบุตร 2 คน และร้อยละ 19.9 มีบุตร 1 คน เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศอินเดียโดย Dhall and Harvey (1984: 94) ซึ่งศึกษาคุณลักษณะของผู้ป่วยแท้งระยะไตรมาสแรกของผู้ป่วยในเขตเมือง พบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 35.1) ยังไม่มีบุตร รองลงไปมีบุตร 2 คน และมีบุตร 1 คน (ร้อยละ 26.7 และ 18.5 ตามลำดับ)

ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่ยังไม่เคยมีบุตรมาก่อน และพบว่าสตรีที่ทำแท้งจำนวนไม่น้อยมีบุตร 1 คนหรือมากกว่า

2.6 ประวัติการแท้ง

การศึกษาทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศมีข้อค้นพบที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ส่วนหนึ่งพบว่าสตรีที่ทำแท้งยังไม่เคยแท้งหรือทำแท้งเป็นครั้งแรก และอีกส่วนหนึ่งพบว่าสตรีที่ทำแท้งเคยแท้งมาแล้วหลายครั้ง ในกรณีแรกนั้นการศึกษาสตรีที่ทำแท้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราชโดย Koetsawang, et al. (1986: 5) พบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52) ทำแท้งครั้งแรก และร้อยละ 38 ทำแท้งเป็นครั้งที่ 2 ส่วนที่เหลือทำแท้งเป็นครั้งที่ 3 หรือมากกว่า ส่วนลัตตาวัลย์ บรรหารสุกวาท (2520: 118) ซึ่งศึกษาการทำแท้งและการวางแผนครอบครัว พบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.0) ไม่เคยแท้ง และเพียงร้อยละ 9.0 เคยแท้ง 1-3 ครั้งขึ้นไป ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเนาวรัตน์ สุนทรیش (2534: 33-34) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยแท้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และพบว่าสตรีที่แท้งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.2) ไม่เคยแท้งมาก่อน รองลงไป (ร้อยละ 22.8) เคยแท้ง 1 ครั้งขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มสตรีที่เคยแท้ง ร้อยละ 50.3 เคยแท้งเองตามธรรมชาติ และร้อยละ 49.7 เคยทำแท้ง เช่นเดียวกับการศึกษาของสุนทรเกิดสว่าง (2537: 3) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยแท้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่าร้อยละ 92 ของสตรีโสด และร้อยละ 88 ของสตรีที่สมรสแล้วทำแท้งเป็นครั้งแรก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Samers (1977: 143) ในประเทศเดนมาร์กซึ่งพบว่าร้อยละ 97.1 ของสตรีที่ศึกษาทำแท้งเป็นครั้งแรก ร้อยละ 2.9 ทำแท้งเป็นครั้งที่ 2 และมีเพียงร้อยละ 0.5 ทำแท้งเป็นครั้งที่ 3

สำหรับการศึกษาที่พบว่าสตรีที่ทำแท้งเคยแท้งมาแล้วหลายครั้ง ได้แก่ การศึกษาเรื่องผลที่เกิดแก่สุขภาพของสตรีที่ทำแท้ง โดยบุคลากรที่มีใช้แพทย์ในเขตชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2523: 1-4) ได้สัมภาษณ์ผู้ประกอบการทำแท้งพบว่าร้อยละ 59 ของผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวว่าส่วนใหญ่สตรีที่ทำแท้งจะเป็นการทำแท้งครั้งที่ 2 หรือครั้งที่ 3 และการศึกษาของ Kube and Ogino (1966: 15-16) ซึ่งเก็บข้อมูลของผู้ป่วยแท้งจากโรงพยาบาล 6 แห่งในประเทศญี่ปุ่น พบว่าร้อยละ 60 เคยทำแท้งมาแล้ว

การศึกษาเรื่องการแท้งซ้ำโดย Tietze และ Henshaw (1986: 117-120) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 ถึงปี ค.ศ. 1984 ในประเทศแคนาดา อังกฤษและเวลส์ ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส ฮังการี นิวซีแลนด์ นอร์เวย์ สิงคโปร์ สวีเดน และสหรัฐอเมริกา พบว่าในช่วงต้นของการศึกษา (ค.ศ. 1971) นั้นทุกประเทศ (ยกเว้นประเทศอังกฤษ) มีสัดส่วนของการทำแท้งครั้งแรกค่อนข้างสูง คือประมาณร้อยละ 80 แล้วค่อยๆลดลงเหลือร้อยละ 63 ในช่วงปลายของการศึกษา (ค.ศ. 1983) สำหรับประเทศอังกฤษ พบว่าในปี ค.ศ. 1971 ซึ่งเป็นต้นช่วงของการศึกษานั้น ร้อยละ 43.3 เป็นการทำให้แท้งครั้งแรก สัดส่วนดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50.8 ในปี ค.ศ. 1983 ส่วนการทำแท้งซ้ำในทุกประเทศมีสัดส่วนสูงขึ้น โดยเฉพาะการทำแท้งซ้ำในครั้งที่ 2

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการทำแท้งที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่นั้นเป็นการทำแท้งครั้งแรกของสตรี แต่การศึกษาบางชิ้นพบว่าการทำแท้งซ้ำค่อนข้างจะสูงเช่นกัน

2.7 อายุครรภ์

อายุครรภ์เป็นตัวแปรที่สำคัญตัวหนึ่งทางด้านสูติศาสตร์ เนื่องจากอายุครรภ์มีผลต่อความปลอดภัยของสตรีที่ทำแท้ง ยิ่งทำแท้งเมื่ออายุครรภ์มากขึ้นเท่าไร ความปลอดภัยก็จะลดน้อยลงเท่านั้น ในประเทศที่เจริญแล้วส่วนมากสตรีจะทำแท้งได้โดยปลอดภัยหากอายุครรภ์ไม่เกิน 8 สัปดาห์ (Tietze and Henshaw, 1986: 78-80)

การศึกษาในประเทศไทยมีข้อค้นพบที่แตกต่างกันไป กล่าวคือ ส่วนหนึ่งพบว่าสตรีที่ทำแท้งมีอายุครรภ์น้อย คืออายุครรภ์น้อยกว่า 8 สัปดาห์ และอีกส่วนหนึ่งพบว่าสตรีที่ทำแท้งมีอายุครรภ์ 8 สัปดาห์ขึ้นไป ในกรณีแรกนั้นการศึกษารองศุกชัย ฤกษ์งาม และคณะ (2528: 635-636) ซึ่งวิเคราะห์ผู้ป่วยลักลอบทำแท้ง พบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่อายุครรภ์ต่ำกว่า 8 สัปดาห์ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของลักขณา สิริเวชประเสริฐ และคณะ (2525: 209) ซึ่งศึกษาปัญหาของผู้ป่วยแท้ง และสุนทร เกิดสว่าง และคณะ (2523: 123) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยแท้งในโรงพยาบาลศิริราช สำหรับการศึกษานี้พบว่าสตรีที่ทำแท้งมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 8 สัปดาห์ขึ้นไป ได้แก่การศึกษาของ Pongthai, et al. (1984: 51) ซึ่งศึกษาการทำแท้งในโรงพยาบาลรามารัตติ พบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.5) มี

อายุครรภ์ระหว่าง 8-15 สัปดาห์ และการศึกษาของสวสี เจริญแพทย์ (2522: 68) ซึ่งศึกษาการทำแท้งของสตรีไทยในกรุงเทพมหานคร พบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่ (กว่าร้อยละ 60) มีอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าสตรีที่ทำแท้งมีอายุครรภ์มากกว่านี้ เช่น การศึกษาของลัดดาวัลย์ บรรหารสุภวาท (2520: 120) ซึ่งศึกษาการทำแท้งและการวางแผนครอบครัวของสตรีไทย พบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ระหว่าง 16-20 สัปดาห์

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศมีข้อค้นพบที่แตกต่างกันเช่นเดียวกัน กล่าวคือ ส่วนหนึ่งพบว่าสตรีที่ทำแท้งมีอายุครรภ์ไม่เกิน 8 สัปดาห์ และอีกส่วนหนึ่งพบว่าสตรีที่ทำแท้งมีอายุครรภ์ 8 สัปดาห์ขึ้นไป ในกรณีแรกนั้นการศึกษาของ Dhall and Harvey (1984: 94) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของผู้ป่วยแท้งในประเทศอินเดียในปี ค.ศ. 1980 ถึงปี ค.ศ. 1981 พบว่าในปี ค.ศ. 1980 นั้น ผู้ป่วยแท้งส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ระหว่าง 6-8 สัปดาห์ และสัดส่วนดังกล่าวนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 75.0 ในปี ค.ศ. 1981 ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Center for Disease Central Abortion Surveillance (1977: 4) ซึ่งศึกษาสตรีที่ทำแท้งในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าสตรีที่ทำแท้งเกือบร้อยละ 50 มีอายุครรภ์ไม่เกิน 8 สัปดาห์ สำหรับการศึกษานี้พบว่าสตรีที่ทำแท้งมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 8 สัปดาห์ขึ้นไป ได้แก่ การศึกษาของ Kube and Ogino (1966: 15) ซึ่งศึกษาผลกระทบการทำแท้งของสตรีในประเทศญี่ปุ่น ส่วนการศึกษาของ Khan, et al. (1986: 98) ซึ่งศึกษาการทำแท้งในเขตชนบทของประเทศบังคลาเทศ พบว่าสตรีที่แท้งเองตามธรรมชาติส่วนใหญ่ (ร้อยละ 31.6) มีอายุครรภ์ต่ำกว่า 16 สัปดาห์ รองลงมาคือมีอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ และอายุครรภ์ไม่เกิน 20 สัปดาห์ (ร้อยละ 24.5 และ 24.5 ตามลำดับ)

2.8 เขตที่อยู่อาศัย

บุคคลที่อาศัยอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่แตกต่างกัน เช่น เขตเมืองกับเขตชนบทย่อมมีความแตกต่างกันในด้านการดำเนินชีวิต โอกาสที่จะเรียนรู้เรื่องราวข่าวสารต่าง ๆ ตลอดจนการรับรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด การปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ รวมถึงการแท้งด้วย จากการศึกษาของศูนย์วิจัยการวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลศิริราช (2523: 17) พบว่าสตรีที่

ทำแท้งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.7) อาศัยอยู่ในเขตเมือง ส่วนสตรีที่แท้งเองตามธรรมชาติ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57) อาศัยอยู่ในเขตชนบท สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ Binkin, et al. (1984: 9) ซึ่งศึกษาสตรีที่มีอาการแทรกซ้อนของการแท้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าทั้งสตรีที่ทำแท้งและสตรีที่แท้งเองตามธรรมชาติส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเมือง (ร้อยละ 85.0 และ 72.6 ตามลำดับ) การศึกษาของ Li, et al. (1990: 445-453) และการศึกษาของ Wu, et al. (1992: 52) ในประเทศจีน พบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.1) อาศัยอยู่ในเขตเมือง

จากการศึกษาลักษณะเขตที่อยู่อาศัยของสตรีที่แท้ง อาจกล่าวได้ว่าสตรีทำแท้งส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเมือง

3. สาเหตุของการทำแท้ง

เหตุผลที่ทำให้สตรีตัดสินใจทำแท้งจะแตกต่างกันไปตามลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคล ปรีชา เพชรรงค์ (2520: 9-10) และดวงกมล นิ่งประเสริฐ (2534: 10-11) ได้แบ่งสาเหตุของการทำแท้งไว้ดังนี้

1) แรงกระตุ้นจากสถานการณ์ดำรงชีวิต เป็นเหตุผลที่มาจากความบีบคั้นจากสถานการณ์ดำรงชีวิต ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่ยากจนและมีบุตรหลายคน จึงไม่อาจจะเลี้ยงดูบุตรจำนวนมากกว่าที่มีอยู่แล้ว ความล้มเหลวจากการคุมกำเนิด การตั้งครรภ์เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหรือเป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพ หรือมีการแตกร้างและมีปัญหาในครอบครัว เป็นต้น

2) แรงกระตุ้นทางจิตวิทยา เป็นผลจากค่านิยมของสังคมในเรื่องจริยธรรมทางเพศ การตั้งครรภ์ที่เกิดจากความสัมพันธ์ทางเพศที่ผิดจริยธรรมทางเพศ เช่น ความสัมพันธ์ทางเพศนอกสมรส เมื่อสตรีตั้งครรภ์ขึ้นจึงเกิดความรู้สึกผิด ทำให้เกิดความกดดันทางจิตใจ การทำแท้งจึงเป็นทางออกอย่างหนึ่ง เพื่อปิดบังสิ่งที่สังคมถือว่าเป็นเรื่องผิดจริยธรรม

3) สาเหตุอันสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านศีลธรรมของบุคคลและความเสื่อมของสังคม คนวัยหนุ่มสาวในเขตชนบทจำนวนมากที่เข้าไปทำงานในเมืองใหญ่ (เช่น กรุงเทพมหานคร และเชียงใหม่ เป็นต้น) ได้รับเอาค่านิยมทาง

เพศตามวัฒนธรรมตะวันตกอย่างรวดเร็ว ขณะเดียวกันสิ่งยั่วยุทางกามารมณ์ต่างๆก็เพิ่มขึ้น เช่น ภาพยนตร์ วีดีโอ และหนังสือ อีกทั้งยังขาดการควบคุมสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศ เช่น โรงแรม่านรูด จึงมีการแสดงออกทางเพศอย่างเปิดเผยมากขึ้น จนทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนาขึ้น จึงทำแท้งเพื่อหลีกเลี่ยงความอับอายและรักษาสุขภาพทางสังคมไว้

การศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของการทำแท้ง ทั้งการทำแท้งผิดกฎหมาย และการทำแท้งเพื่อการรักษาโดยสุภร เกิดสว่าง (2537: 1-3) พบว่ามีสาเหตุที่พบมาก 2 ประการ คือ สาเหตุอันเนื่องมาจากการตั้งครรรภ์ก่อนแต่งงาน และสาเหตุทางเศรษฐกิจและสังคม สำหรับการทำให้แท้งเพื่อการรักษานั้น ส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุทางการแพทย์ ได้แก่ มารดาเป็นหัตเยอรมัน และมารดาติดเชื้อ HIV เป็นต้น ส่วนรังสรรค์ ณะพนพันธ์ (2523: 58) กล่าวถึงสาเหตุจูงใจที่ทำให้สตรีไปทำแท้งคือ สุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ สาเหตุทางเศรษฐกิจ สาเหตุทางสังคม จริยธรรม วัฒนธรรมและประเพณีที่ไม่ยอมรับการมีลูกโดยไม่มีพ่อ การศึกษาของ Narkavonnakit and Bennett (1981: 60) พบว่ากว่าร้อยละ 50 ของสตรีที่ทำแท้งมีสาเหตุจากการมีบุตรเพียงพอแล้ว รองลงไป (ร้อยละ 32.1) มีสาเหตุมาจากความต้องการเว้นระยะการมีบุตร แต่การศึกษาของสุเมธ บุญกัลยา และคณะ (2533: 151) พบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่มีสาเหตุจากปัญหาทางเศรษฐกิจและการไม่รู้วิธีป้องกันการปฏิสนธิที่ถูกต้อง เช่นเดียวกับการศึกษาของสุชัย อินทรประเสริฐ และคณะ (2531: 62) ที่พบว่าสตรีที่ทำแท้งส่วนใหญ่มีสาเหตุทางเศรษฐกิจ แต่สาเหตुरองลงไปคือการถูกฝ่ายชายทอดทิ้งและการมีบุตรเพียงพอแล้ว (ร้อยละ 44.3, 18.3 และ 15.8 ตามลำดับ) ส่วนการศึกษาของนก โตสุรัตน์ (2522: 76) พบว่าสตรีในกลุ่มอายุต่ำกว่า 20-24 ปีทำแท้งด้วยสาเหตุทางสังคม ส่วนสตรีที่อายุ 30 ปีขึ้นไป จะทำแท้งด้วยสาเหตุทางเศรษฐกิจ

การศึกษาของสุกานดา สุวณิชชาติ (2519: 48) นก โตสุรัตน์ (2522: 68-76-81) และสุวลี เจริญแพทย์ (2523: 21) พบว่าสตรีที่สมรสเกือบทุกกลุ่มอายุที่ทำแท้งผิดกฎหมาย ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัญหาทางเศรษฐกิจ ความแตกร้างภายในครอบครัว ส่วนสตรีโสดทุกกลุ่มอายุมีสาเหตุมาจากปัญหาทางสังคม อุปสรรคในการเรียน และอุปสรรคในการทำงาน ส่วนการศึกษาของ Amorn Koetsawang, et al. (1986:



6-7) พบว่าสาเหตุของการทำแท้งของสตรีโสดคือ ร้อยละ 45.3 เป็นอุปสรรคต่อการเรียน และร้อยละ 31.3 ตั้งครรภ์ก่อนแต่งงาน สำหรับสตรีที่สมรสแล้ว ร้อยละ 70 มีสาเหตุทาง เศรษฐกิจและสังคม ส่วนการทำแท้งเพื่อการรักษา มีสาเหตุจากการคุมกำเนิดล้มเหลว (ร้อยละ 16) และทารกในครรภ์พิการ (ร้อยละ 8.3) นอกจากนี้การศึกษาของนางลักขณ์ วีรวัดน์ และคณะ (2517: 16-17) ลิริชัย ชยลิริโสภณ และคณะ (2516: 273-279) อุดมศักดิ์ สิงห์ คุ่ม (2526: 118) ลักขณา ลีริเวชประเสริฐ (2525: 26) พบว่าสตรีโสดที่ทำแท้งส่วนใหญ่มี สาเหตุมาจากการตั้งครรภ์ก่อนแต่งงาน รองลงไปคือยังเป็นนักเรียนนักศึกษา ส่วนสตรีสมรส แล้วที่ทำแท้งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัญหาทางเศรษฐกิจ รองลงไปคือยังไม่พร้อมที่จะมีบุตร

ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการทำแท้งจำแนกตามคุณลักษณะอื่นๆ เช่น คุณลักษณะด้านการศึกษา อาชีพ จำนวนบุตรที่มีชีวิต และอายุครรภ์พบว่า มีน้อยมาก เนื่องจาก ส่วนใหญ่จะแยกสาเหตุการทำแท้งตามสถานสมรสเท่านั้น เพราะเป็นประเด็นหลักที่แสดงให้เห็น ถึงปัญหาในการทำแท้งได้ชัดเจน การทบทวนผลการวิจัยเรื่องสาเหตุของการทำแท้งตามคุณ ลักษณะด้านต่างๆ จึงจะอ้างถึงเฉพาะการศึกษาของนก โตสุรัตน์ (2522: 76, 85) ซึ่งพบว่า สตรีที่ทำแท้งที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงระดับมัธยมศึกษา และสตรีที่ไม่ได้เรียน หนังสือ จะทำแท้งเนื่องจากสาเหตุทางเศรษฐกิจ ส่วนสตรีที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป ส่วนใหญ่จะทำแท้งด้วยสาเหตุทางสังคม สำหรับคุณลักษณะด้านอาชีพพบว่าสตรีที่เป็นนักเรียน นักศึกษา พนักงานบริษัท ส่วนใหญ่จะทำแท้งด้วยสาเหตุทางสังคม ส่วนสตรีที่ประกอบอาชีพ อาชีพค้าขาย รับจ้าง เป็นแม่บ้านหรือรับราชการจะทำแท้งด้วยสาเหตุทางเศรษฐกิจ ส่วน สาเหตุการทำแท้งจำแนกตามจำนวนบุตรที่มีชีวิต พบว่าสตรีที่มีบุตรมีชีวิต 2 คนขึ้นไปส่วนใหญ่ทำ แท้งด้วยสาเหตุทางเศรษฐกิจ ส่วนสตรีที่ไม่มีบุตรมีชีวิตจะทำแท้งด้วยสาเหตุทางสังคม

การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า การทำแท้งผิดกฎหมายเกิดจากสาเหตุทาง เศรษฐกิจ สังคม ความแตกร้างภายในครอบครัว ตั้งครรภ์ก่อนแต่งงาน ส่วนการทำแท้งทาง การแพทย์มักมีสาเหตุเพื่อการรักษาสุขภาพของมารดาและทารก และการคุมกำเนิดล้มเหลว

4. ปัจจัยที่มีผลต่อประเภทของการแท้ง

การทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อประเภทของการแท้ง ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการแท้ง และจำนวนบุตรที่มีชีวิต ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อประเภทของการแท้งเนื่องจากปัจจัยดังกล่าวทำให้สตรีมีความพร้อมในการมีบุตรหรือตั้งครรรภ์แตกต่างกัน สรุปลักษณะได้ดังนี้

4.1 อายุ

อายุ เป็นลักษณะพื้นฐานของบุคคล บุคคลที่มีอายุต่างกันย่อมมีประสบการณ์ในชีวิตและมีการดำเนินชีวิตที่ต่างกัน ดังนั้นอายุของสตรีจึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการทำแท้ง การศึกษางานวิจัยหลายโครงการพบว่าการทำแท้งผิดกฎหมายมีความสัมพันธ์ในทางลบกับอายุ ในขณะที่การแท้งเองตามธรรมชาติและการทำแท้งเพื่อการรักษามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับอายุ เนาวรัตน์ สุนทรวิช (2534: 45-46) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยแท้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าสตรีกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปีมีสัดส่วนของผู้ที่ทำแท้งผิดกฎหมายสูงกว่าสตรีกลุ่มอายุอื่นๆ และสัดส่วนของผู้ที่ทำแท้งผิดกฎหมายจะต่ำลง ในกลุ่มสตรีที่มีอายุมากขึ้น กล่าวคือ สตรีที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีมีสัดส่วนของผู้ที่ทำแท้งผิดกฎหมายสูงถึงร้อยละ 49.0 เปรียบเทียบกับร้อยละ 32.7 และ 20.7 ของสตรีในกลุ่มอายุ 20-29 ปี และกลุ่มอายุ 30-39 ปี ตามลำดับ ส่วนการทำแท้งเพื่อการรักษา พบว่ามีสัดส่วนของผู้ที่ทำแท้งเพื่อรักษาสูงขึ้นตามอายุของสตรี กล่าวคือ ร้อยละ 30.5 ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 44.8 ในกลุ่มอายุ 30-39 ปี และร้อยละ 56.8 ในกลุ่มอายุ 40-49 ปี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Koetsawang, et al. (1986: 1-11) ซึ่งพบว่าสตรีในกลุ่มอายุ 20-24 ปีมีสัดส่วนของผู้ที่ทำแท้งผิดกฎหมายสูงกว่าสตรีในกลุ่มอายุอื่นๆ และสัดส่วนของผู้ที่ทำแท้งผิดกฎหมายจะลดลงในกลุ่มสตรีที่มีอายุมากขึ้น ส่วนการทำแท้งเพื่อรักษาพบว่าสตรีที่มีอายุมากจะมีสัดส่วนของผู้ที่ทำแท้งเพื่อรักษาสูงกว่าสตรีที่อายุน้อย และการศึกษาของสุวลี เจริญแพทย์ (2523: 50) พบว่าสตรีที่มีอายุน้อยมีสัดส่วนของผู้ที่ทำแท้งผิดกฎหมายสูงกว่าสตรีที่อายุมาก ในขณะที่สตรีที่อายุมากมีสัดส่วนของผู้ที่แท้งเองตามธรรมชาติสูงกว่าสตรีที่อายุน้อย

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ Justesen, et al. (1992: 325-329) ซึ่งศึกษาสตรีทั้งในประเทศแทนซาเนียพบผลการศึกษาในทำนองเดียวกัน กล่าวคือ สตรีที่มีอายุน้อยมีสัดส่วนของผู้ที่ทำแท้งผิดกฎหมายสูงกว่าสตรีที่อายุมาก ในขณะที่สตรีที่อายุมาก มีสัดส่วนของผู้ที่แท้งเองตามธรรมชาติสูงกว่าสตรีที่อายุน้อย แต่การศึกษาของ Khan, et al. (1986: 97) ซึ่งศึกษาการทำแท้งในเขตชนบทของประเทศบังกลาเทศพบผลการศึกษาในทางตรงข้าม คือสตรีที่มีอายุมากมีสัดส่วนของผู้ที่ทำแท้งผิดกฎหมายสูงกว่าสตรีที่อายุน้อย ในขณะที่สตรีที่มีอายุน้อยมีสัดส่วนของผู้ที่แท้งเองตามธรรมชาติสูงกว่าสตรีที่อายุมาก กล่าวคือ ร้อยละ 60.5 ของสตรีในกลุ่มอายุต่ำกว่า 25 ปีทำแท้งผิดกฎหมาย เปรียบเทียบกับร้อยละ 72.5 และ 88.3 ของสตรีในกลุ่มอายุ 25-34 ปี และกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ตามลำดับ

อาจสรุปได้ว่า การศึกษาในประเทศไทยพบว่าสตรีที่อายุน้อยมีสัดส่วนของผู้ที่ทำแท้งสูงกว่าสตรีอายุมาก

4.2 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสน่าจะมีผลกระทบต่อประเภทของการแท้ง เนื่องจากสตรีที่เป็นโสด หม้าย หย่า และสตรีที่แยกกันอยู่กับสามี มีแนวโน้มที่จะทำแท้งผิดกฎหมาย เพราะสังคมไม่ยอมรับผู้หญิงที่ตั้งครรภ์โดยไม่มีสามีหรือโดยไม่ได้แต่งงาน การศึกษาของสวลี เจริญแพทย์ (2523: 51) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งผิดกฎหมายของสตรีไทยในกรุงเทพมหานคร พบว่าสตรีที่สมรสแล้วมีสัดส่วนของผู้ที่ทำแท้งผิดกฎหมายต่ำกว่าสตรีที่ไม่สมรส (โสด หม้าย หย่า แยก) อย่างมาก (ร้อยละ 27.6 เปรียบเทียบกับร้อยละ 91.7) ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเนาวรัตน์ สุเทวีช (2534: 46-48) ซึ่งพบว่าสตรีที่ไม่สมรสมีสัดส่วนของผู้ที่ทำแท้งผิดกฎหมายสูงกว่าสตรีที่สมรสแล้วอย่างมาก (ร้อยละ 61.9 เปรียบเทียบกับร้อยละ 29.9) ส่วนการทำแท้งเพื่อการรักษาและการแท้งเองตามธรรมชาตินั้น สตรีที่สมรสแล้วจะมีสัดส่วนของผู้ที่ทำแท้งสูงกว่าสตรีที่ไม่สมรส การศึกษาในต่างประเทศก็พบในทำนองเดียวกันนี้ เช่น การศึกษาของ Binkin, et al. (1984: 9) ซึ่งศึกษาสตรีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคแทรกซ้อนของการแท้ง และพบว่าสตรีที่สมรสแล้วมีสัดส่วนของผู้ที่ทำแท้งผิดกฎหมายต่ำกว่าสตรีที่ยังไม่สมรส (ร้อยละ 2.9 เปรียบเทียบกับร้อยละ 48.7)

ผลการศึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่า สตรีที่สมรสแล้วจะมีสัดส่วนของผู้ที่ทำ
 แท้งผิดกฎหมายต่ำกว่า แต่จะมีสัดส่วนของผู้ที่แท้งเองตามธรรมชาติสูงกว่าสตรีที่ไม่สมรส

4.3 การศึกษา

การศึกษามีส่วนช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในเทคนิควิทยาการ
 ใหม่ๆ ตลอดจนข่าวสารต่างๆ ซึ่งน่าจะมีผลกระทบต่อประเภทของการแท้ง เนื่องจากสตรีที่มี
 การศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะทำแท้งผิดกฎหมาย เพราะมีความรู้และสามารถเลือกใช้บริการทำ
 แท้งมากกว่าสตรีที่มีการศึกษาต่ำ ในทางตรงข้ามสตรีที่มีการศึกษาสูงก็มีแนวโน้มที่จะแท้งเอง
 ตามธรรมชาติบ่อย เพราะมีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนในขณะตั้งครรภ์ได้ดี การศึกษา
 ของลูวี่ เจริญแพทย์ (2523: 52) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งผิดกฎหมายของ
 สตรีไทยในกรุงเทพมหานคร พบว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ขึ้นไป มีสัดส่วน
 ของผู้ทำแท้งผิดกฎหมายสูงกว่าสตรีที่มีการศึกษาต่ำกว่า (ร้อยละ 60 เปรียบเทียบกับร้อยละ
 44.0 และ 42.0 ของสตรีที่ไม่ได้รับการศึกษา และสตรีที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่
 1-4 ตามลำดับ) การศึกษาในต่างประเทศโดย Binkin, et al. (1984: 9) ซึ่งศึกษา
 สตรีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคแทรกซ้อนของการแท้งกึ่งในทำนองเดียว
 กันนี้ว่าสตรีที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีสัดส่วนของผู้ที่แท้งผิดกฎหมายสูงกว่าสตรีที่มีการ
 ศึกษาต่ำกว่า (ร้อยละ 29.3 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 21.5 และ 6.3 ของสตรีที่มีการศึกษา
 ระดับชั้นประถมศึกษาและสตรีที่ไม่ได้รับการศึกษา ตามลำดับ)

จากผลการศึกษาที่นำบทพบข้างต้นสรุปได้ว่า สตรีที่มีระดับการศึกษาสูง
 จะมีสัดส่วนของผู้ที่แท้งผิดกฎหมายสูงกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาต่ำ

4.4 อาชีพ

การประกอบอาชีพทำให้สตรีมีรายได้และสามารถช่วยเสริมสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้แก่ครอบครัว เพื่อให้มีอำนาจซื้อสินค้าและบริการต่างๆที่มีคุณภาพและเพียงพอต่อความต้องการของตนเองและสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นลักษณะอาชีพที่ต่างกันจึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อประเภทของการแท้ง การศึกษาของเนาวรัตน์ สุนทรวิช (2534: 48-50) พบว่าสตรีที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีสัดส่วนของผู้ที่แท้งผิดกฎหมายสูงกว่าสตรีในกลุ่มอาชีพอื่นๆ (ร้อยละ 47.5 เปรียบเทียบกับร้อยละ 35.5, 32.0 และ 27.7 ของสตรีในกลุ่มอาชีพรับจ้างและค้าขาย กลุ่มแม่บ้าน และกลุ่มอาชีพวิชาชีพและนักเรียน ตามลำดับ) ในขณะที่การศึกษาของสุวลี เจริญแพทย์ (2523: 53) พบว่าสตรีที่มีอาชีพรับจ้างมีสัดส่วนของผู้ที่แท้งผิดกฎหมายสูงกว่าสตรีในกลุ่มอาชีพอื่น (ร้อยละ 48.6 เปรียบเทียบกับร้อยละ 46.9 และ 42.3 ของสตรีในกลุ่มอาชีพค้าขาย และกลุ่มอาชีพอื่นๆ (รับราชการ เกษตรกรรม) ตามลำดับ) และการศึกษาของ Binkin, et al. (1984: 9) พบว่าสตรีที่เป็นนักเรียนมีสัดส่วนของผู้ที่แท้งผิดกฎหมายสูงกว่าสตรีในกลุ่มอาชีพอื่นๆ (ร้อยละ 52.4 เปรียบเทียบกับร้อยละ 41.7 และ 7.4 ของสตรีในกลุ่มอาชีพนักธุรกิจ และสตรีกลุ่มแม่บ้าน ตามลำดับ)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า สตรีที่เป็นนักเรียนนักศึกษาหรือสตรีที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีสัดส่วนของผู้ที่แท้งสูงกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพอื่นๆ

4.5 ประวัติการแท้ง

ประวัติการแท้งเป็นปัจจัยที่สำคัญมากปัจจัยหนึ่งในการศึกษาเรื่องการแท้ง เนื่องจากการแท้งในอดีตอาจส่งผลให้เกิดการแท้งหรือการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ต่อไป สภาประชากร (2524: 24) ได้ศึกษาเรื่องการแท้งและการทำแท้งซ้ำพบว่าสตรีที่ทำแท้งซ้ำ (ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป) มีโอกาสเสี่ยงต่อการแท้งเองตามธรรมชาติ การที่ทารกมีน้ำหนักตัวเมื่อแรกคลอดต่ำ หรือการคลอดที่ไม่ปลอดภัย (เช่น คลอดก่อนกำหนด หลังคลอดแล้วรกค้าง เป็นต้น) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tietze and Shaw (1986: 117-120) ซึ่งพบว่าสตรีที่เคยแท้ง 2 ครั้งขึ้นไปมีสัดส่วนของผู้ที่แท้งเองตามธรรมชาติสูงกว่าสตรีที่ไม่เคยแท้ง และการศึกษาของ Feng and Chen (1983: 84) ซึ่งศึกษาการทำแท้งในประเทศจีน พบว่าสตรี

ที่เคยแก้ม 2 ครั้งขึ้นไป มีสัดส่วนของผู้ที่ทำแก้มผิดกฎหมายสูงกว่าสตรีในกลุ่มอื่นๆ (ร้อยละ 97.9 ที่เปรียบเทียบกับร้อยละ 96.8 และ 62.9 ของสตรีที่เคยแก้ม 1 ครั้ง และสตรีที่ไม่เคยแก้ม ตามลำดับ)

สำหรับในประเทศไทย การศึกษาของเนาวรัตน์ สุนทรวิชัย (2534: 60-63) พบว่าสตรีที่เคยแก้ม 2 ครั้ง มีสัดส่วนของผู้ที่ทำแก้มผิดกฎหมายสูงกว่าสตรีกลุ่มอื่นๆ (ร้อยละ 35.5 เปรียบเทียบกับร้อยละ 32.5 และร้อยละ 16.1 ของสตรีเคยแก้ม 1 ครั้ง และสตรีเคยแก้ม 3 ครั้งขึ้นไป ตามลำดับ) แต่การศึกษาของ Koetsawang, et al. (1984: 18) ซึ่งศึกษาสุขภาพของสตรีที่ทำแก้มผิดกฎหมายในประเทศไทย พบว่าสตรีที่มีจำนวนการแก้มในอดีตมาก มีสัดส่วนของผู้ที่ทำแก้มผิดกฎหมายและสัดส่วนผู้แก้มเองตามธรรมชาติสูงกว่าสตรีที่มีจำนวนการแก้มในอดีตน้อย

ผลจากการศึกษาดังกล่าวอาจสรุปได้ว่าสตรีที่เคยแก้ม 2 ครั้งขึ้นไปจะเสี่ยงต่อการแก้มเองตามธรรมชาติสูงกว่าการแก้มประเภทอื่น ส่วนสตรีที่ไม่เคยแก้มหรือเคยแก้ม 1-2 ครั้ง จะมีสัดส่วนของผู้ที่ทำแก้มผิดกฎหมาย หรือทำแก้มเพื่อการรักษาสูงกว่าผู้แก้มเองตามธรรมชาติ

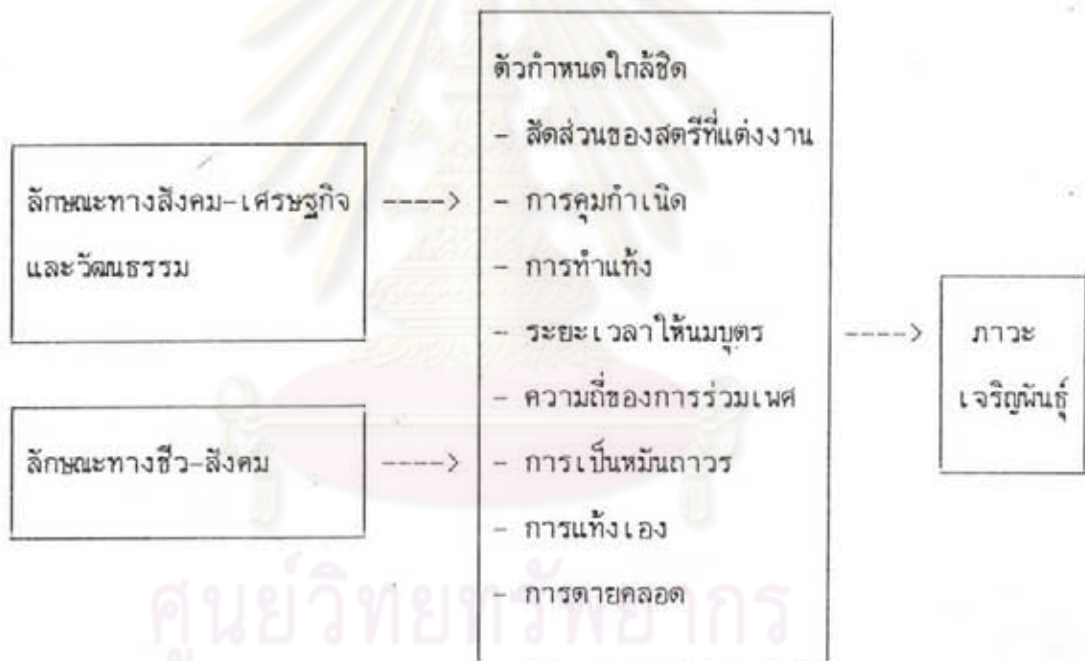
4.6 จำนวนบุตรที่มีชีวิต

หากคู่สมรสพร้อมที่จะมีบุตร การตั้งครรรภ์ก็ไม่น่าจะมีปัญหา แต่ถ้าหากคู่สมรสไม่พร้อมที่จะมีบุตร หรือมีบุตรเพียงพอแล้ว หรือมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม ก็อาจจำเป็นต้องทำแก้ม ส่วนการแก้มเองตามธรรมชาตินั้น สตรีที่ยังไม่เคยมีบุตรมาก่อนอาจไม่ทราบวิธีปฏิบัติตนในขณะตั้งครรรภ์ ทำให้แก้มได้ง่าย ในขณะเดียวกัน สตรีที่มีบุตรหลายคน มดลูกไม่แข็งแรง ก็อาจจะแก้มได้ง่ายเช่นกัน การศึกษาของสุวสี เจริญแพทย์ (2523: 86) พบว่าสตรีที่มีบุตรมีชีวิต 1-2 คน มีสัดส่วนของผู้ที่ทำแก้มผิดกฎหมายสูงกว่าสตรีที่มีบุตรมีชีวิต 3 คนขึ้นไป (ร้อยละ 44.7 เปรียบเทียบกับร้อยละ 29.8) ผลการศึกษาดังนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Binkin, et al. (1984: 10) ซึ่งพบว่าสตรีที่ไม่มีบุตรมีสัดส่วนของผู้ที่ทำแก้มผิดกฎหมายสูงกว่าสตรีมีบุตรมีชีวิต (ร้อยละ 28.6 เปรียบเทียบกับร้อยละ 7.9 และ 4.7 ของสตรีที่มีบุตรมีชีวิต 1-4 คน และสตรีมีบุตรมีชีวิต 5 คนหรือมากกว่า ตามลำดับ)

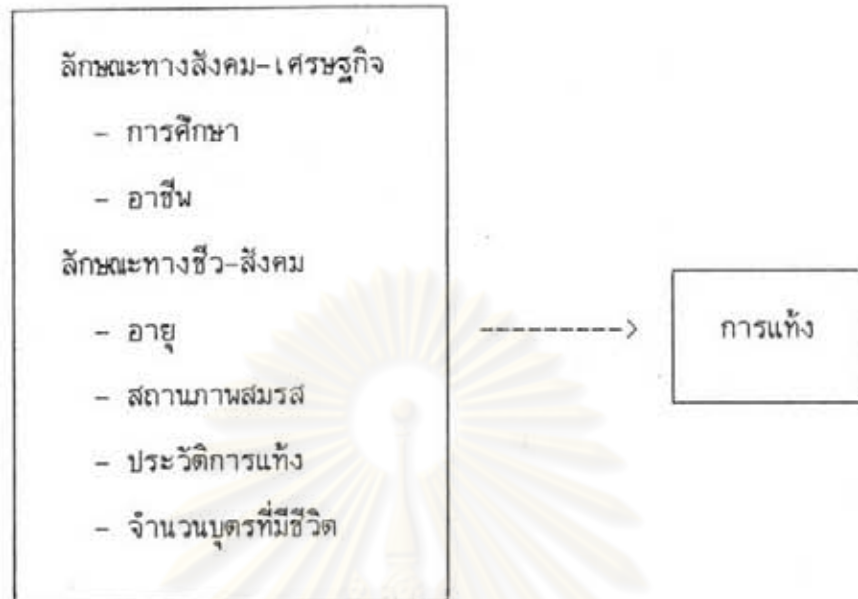
การทบทวนผลศึกษาอาจสรุปได้ว่า สตรีที่ไม่มีบุตรมีชีวิตหรือมีบุตรมีชีวิต
น้อยมีสัดส่วนของผู้ที่ทำงานผิดกฎหมายสูงกว่าสตรีที่มีบุตรมีชีวิตมาก

กรอบแนวคิดของการศึกษา

การศึกษานี้จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประเภทของการจ้าง โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้
กรอบการวิเคราะห์ภาวะเจริญพันธุ์ของ Freedman และตัวกำหนดใกล้ชีวิตของ Bongaarts
ร่วมกัน ดังภาพ



การศึกษานี้จะวิเคราะห์ผลกระทบของลักษณะทางสังคม-เศรษฐกิจและวัฒนธรรม
และลักษณะทางชีว-สังคมของบุคคลต่อการจ้าง โดยรวมตัวกำหนดใกล้ชีวิต 2 ตัวคือ การทำแท้ง
และการแท้งเองไว้ในตัวแปร "ประเภทของการจ้าง" ดังภาพ



สมมติฐานการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประเภทของการแท้งมีสมมติฐานดังนี้

1. สตรีที่มีอายุน้อยน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่แท้งสูงกว่าสตรีที่มีอายุมาก
2. สตรีที่ไม่สมรสน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่แท้งสูงกว่าสตรีที่สมรส
3. สตรีที่มีการศึกษาสูงก่าจะมีส่วนของผู้ที่แท้งสูงกว่าสตรีที่มีการศึกษาต่ำกว่า
4. สตรีที่ไม่ได้ประกอบอาชีพน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่แท้งสูงกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพ
5. สตรีที่มีจำนวนการแท้งในอดีตมากน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่แท้งสูงกว่าสตรีที่มีจำนวนการแท้งในอดีตน้อยกว่า
6. สตรีที่ไม่มีบุตรมีชีวิตน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่แท้งสูงกว่าสตรีที่มีบุตรมีชีวิต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นประโยชน์ในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขอันตรายที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย
แท้ง
2. ทำให้ทราบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยแท้ง ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการวางแผน
การให้การรักษายาบาลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว
3. เป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการแท้งในโอกาสต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย