



บทที่ 3

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้ใช้ข้อมูลจากหน่วยเวชระเบียน, หน่วยวางแผนครอบครัวและห้องผ่าตัด แผนกสูติรีเวชกรรมของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของสตรีที่แท้งว่ามีความสัมพันธ์กับประเภทของการแท้งอย่างไร โดยมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ปัจจัยทางด้านประชากร

ปัจจัยทางด้านประชากรของสตรีที่คาดว่าจะมีผลทำให้เกิดความแตกต่างในการแท้ง หรือ การทำแท้งแต่ละประเภท ที่การศึกษาครั้งนี้ได้นำเอาเข้ามาเพื่อทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ทั้งนี้เพราะว่าอายุเป็นตัวแปรที่สะท้อนให้เห็นภูมิหลังและประสบการณ์ของชีวิต เพราะว่าคุณค่าที่มีอายุต่างกัน ย่อมมีโอกาสในการเรียนรู้ประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน และสถานภาพสมรสก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจของสตรีที่จะทำแท้งหรือไม่ทำแท้ง ผู้ศึกษาจึงคาดว่าอายุและสถานภาพสมรสจะมีอิทธิพลต่อความแตกต่างในการแท้งแต่ละประเภท

อายุ

สตรีที่แท้งหรือทำแท้งที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ตกเป็นตัวอย่างไม่ในการศึกษานี้ มีอายุอยู่ระหว่าง 13-49 ปี เพื่อที่จะให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับประเภทของการแท้ง และเห็นความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุของสตรีที่แท้งหรือทำแท้งได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้ศึกษาจึงได้จำแนกอายุของสตรีที่แท้งออกเป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 19 ปี กลุ่มอายุ 20-29 ปี กลุ่มอายุ 30-39 ปี และกลุ่มอายุ 40-49 ปี

เมื่อพิจารณาการแท้งจากแต่ละกลุ่มอายุในตารางที่ 27 จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า กลุ่มอายุกับการทำแท้งผิดกฎหมายนั้นมีความสัมพันธ์ในทางลบ กล่าวคือกลุ่มอายุต่ำกว่า 19 ปี มีผู้ทำแท้งผิดกฎหมายร้อยละ 49.0 กลุ่มอายุ 20-29 ปีร้อยละ 32.7 กลุ่มอายุ 30-39 ปีร้อยละ 20.7 โดยที่กลุ่มอายุน้อยจะมีสัดส่วนที่ทำแท้งผิดกฎหมายมากที่สุด และสัดส่วนที่ทำแท้งผิดกฎหมายจะลดลง

อย่างมากในกลุ่มสตรีที่มีอายุมากขึ้นซึ่งมัก เป็นกลุ่มสุดท้ายของวัยเจริญพันธุ์ ทั้งนี้การที่พบว่ามีอัตรา การทำแท้งสูงในกลุ่มสตรีที่อายุน้อยอาจสืบ เนื่องมาจากความไม่พร้อมทางด้านฐานะทาง เศรษฐกิจ สังคมของครอบครัว เช่น รายได้น้อย หรือยังไม่ได้สมรส เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นจึงต้องลักลอบ ทำแท้ง ส่วนอายุที่พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการทำแท้งเพื่อการศึกษา ในกลุ่มสตรีที่อายุ มากขึ้นจะมีสัดส่วนของผู้ที่ทำแท้งประ เภทนี้มากขึ้นคือพบในกลุ่มอายุตั้งแต่ 19 ปี ร้อยละ 30.5 กลุ่ม อายุ 20-29 ปีร้อยละ 43.6 กลุ่มอายุ 30-39 ปีร้อยละ 44.8 และกลุ่มอายุ 40-49 ปีร้อยละ 56.8 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่สตรีเหล่านี้มีบุตรพอแล้วจึงใช้วิธีคุมกำเนิด และ เมื่อการคุมกำเนิดล้มเหลว แพทย์ผู้รับผิดชอบอยุ่ก็จะทำแท้งซึ่งถือว่าเป็นการทำแท้งเพื่อการศึกษา ใจให้ นอกจากนี้ยังพบว่าในกรณีที่เกิดการตั้งครรภ์ไม่ปลาทูก ซึ่งถือว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ และ จะต้องทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงนั้น มักจะพบในสตรีที่อายุ 40 ปีขึ้นไป (ลูบิต เฝ้าสวัสดิ์ และคณะ, 2525: 133-151) ส่วนการแท้งเองตามธรรมชาตินั้น พบว่า มีสัดส่วนใกล้เคียงกันในกลุ่มอายุ น้อยคือ กลุ่มอายุต่ำกว่า 19 ปี และกลุ่มอายุ 20-29 ปี พบร้อยละ 20.6 และ 23.6 ตามลำดับ และในกลุ่มอายุที่สูงขึ้นคือ กลุ่มอายุ 30-39 ปี พบร้อยละ 34.5 และกลุ่มอายุ 40-49 ปีร้อยละ 29.5 สาเหตุที่พบว่าการแท้งเองตามธรรมชาติมีมากในกลุ่มสตรีอายุมาก อาจเกิดจากการที่สตรี ที่มีอายุมากขึ้นอาจจะผ่านการตั้งครรภ์ และมีบุตรมาแล้วจึงทำให้สภาพเยื่อภายในโพรงมดลูกไม่ เหมาะสมที่จะให้รกเกาะฝังตัว อีกประการคือ ยิ่งสตรีมีอายุมากขึ้นโอกาสที่จะมีบุตรจะน้อยลง เนื่องจากสภาพร่างกายไม่อำนวย จึงเกิดการแท้งขึ้น เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยไคสแควร์พบว่า มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าอายุของสตรีที่แท้งมีความสัมพันธ์กับประเภทของการแท้ง และ เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า สตรีที่มีอายุน้อยน่าจะแท้งผิดกฎหมายมากกว่าสตรีที่มีอายุมาก

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 27 อัตราร้อยละของการแท้ง จำแนกตามอายุของสตรีที่แท้ง

ประเภทของการแท้ง	อายุ (ปี)				รวม
	ต่ำกว่า 19	20-29	30-39	40-49	
แท้งเองตามธรรมชาติ	20.6	23.6	34.5	29.5	25.9 (404)
ทำแท้งเพื่อการรักษา	30.5	43.6	44.8	56.8	42.2 (659)
ทำแท้งผิดกฎหมาย	49.0	32.7	20.7	13.6	31.9 (497)
รวม	100.0 (243)	100.1 (905)	100.0 (368)	100.0 (44)	100.0 (1560)

$X^2 = 68.05$ $P < .05$

สถานภาพสมรส

โดยหลักสากลสถานภาพสมรสแบ่งออกเป็น โสด สมรส หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้แบ่งสถานภาพสมรสออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่สมรส และยังคงอยู่กับสามี (ในที่นี่จะเรียกว่า สถานภาพสมรสคู่) และกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสอื่นา (โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่) เหตุผลที่แบ่ง เช่นนี้ เพราะความต้องการ เปรียบเทียบความแตกต่างของประเภทการแท้งระหว่างกลุ่มสตรีที่มีสถานภาพสมรสคู่ และกลุ่มสตรีที่มีสถานภาพสมรสอื่นา คือ โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่

จากตารางที่ 28 เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มสตรีโสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ พบว่าทำแท้งผิดกฎหมายมีมากถึงร้อยละ 61.9 ในขณะที่กลุ่มสตรีที่สมรสแล้วทำแท้งผิดกฎหมายเพียงร้อยละ 29.9 ซึ่งอาจจะเนื่องจากผลของความล้มเหลวในการคุมกำเนิด และการผ่อนคลายนใจในเรื่องข้อจำกัดในการทำแท้งของแพทย์ตามโรงพยาบาล โดยเฉพาะถ้ามีความล้มเหลวจากการคุมกำเนิด แพทย์จะยินยอมทำแท้งให้ จึงทำให้อัตราการทำแท้งผิดกฎหมายของสตรีกลุ่มที่สมรสแล้วมีน้อย สำหรับประเภทที่แท้งเองตามธรรมชาติ และประเภทที่ทำแท้งเพื่อการรักษาพบว่ามีในกลุ่มสตรีที่สมรสแล้วร้อยละ 29.7 และ 40.4 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มโสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ มีร้อยละ 8.1 ที่แท้งตามธรรมชาติ และร้อยละ 30.0 ที่ทำแท้งเพื่อการรักษา เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ และนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า สถานภาพสมรสของสตรีที่แท้งมีความสัมพันธ์กับประเภทของการแท้ง

ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่าสตรีที่มีสถานภาพสมรสคู่ น่าจะทำแท้งผิดกฎหมายน้อยกว่าสตรีที่มีสถานภาพสมรสอื่นา นั่นคือ สถานภาพสมรสต่างกันจะทำให้มีการแท้งต่างประเภทกัน

ตารางที่ 28 อัตราร้อยละของการแท้ง จำแนกตามสถานภาพสมรส

ประเภทของการแท้ง	สถานภาพสมรส			
	โสด	หม้าย	หย่า แยก คู่	รวม
แท้งเองตามธรรมชาติ	8.1		29.7	27.4 (400)
ทำแท้งเพื่อการรักษา	30.0		40.4	39.5 (574)
ทำแท้งผิดกฎหมาย	61.9		29.9	33.4 (488)
รวม	100.0 (160)		100.0 (1302)	100.0 (1462)

$$X^2 = 71.93 \quad P < .05$$

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคม

เมื่อพูดถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม โดยทั่วไปมักจะนึกถึง รายได้ ระดับการศึกษา และอาชีพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นตัวชี้บ่งถึงความเจริญของประเทศ และการดำรงชีพของประชากร กล่าวคือ ถ้าประชากรส่วนใหญ่อของประเทศมีรายได้สูง มีการศึกษาดี ย่อมจะมีการกินดีอยู่ดี แต่เป็นที่ทราบกันดีว่าในประเทศด้อยพัฒนาหรือแม้แต่ประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น ประเทศไทย ระดับฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของประชากรในประเทศมีความแตกต่างกันมาก ด้วยเหตุนี้จึงมีผลให้การดำรงชีพของประชากรเหล่านี้แตกต่างกัน ซึ่งผู้ศึกษาได้ตระหนักดีถึงข้อแตกต่างดังกล่าว จึงต้องการจะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคม กับประเภทของการทำแท้ง แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากในทะเบียนประวัติของผู้ป่วย ซึ่งไม่มีการซักถามเกี่ยวกับการศึกษาและรายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ศึกษาจึงได้ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพและการบรรจุชั้นที่เข้ารับการรักษาตัวของผู้ป่วย ตลอดจนสถานที่อยู่ปัจจุบัน และภูมิลำเนาเดิมมาประกอบการพิจารณาในเรื่องปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคม เหตุที่นำเอาการบรรจุชั้นที่เข้ารับการรักษาตัวของผู้ป่วยมาประกอบ

การพิจารณาฐานะทางด้าน เศรษฐกิจสังคม เพราะว่า ธรรมชาติของคนนั้น เมื่อมีความเจ็บป่วยก็ย่อมจะไปหาแพทย์เพื่อบำบัดรักษา และถ้าผู้ป่วยนั้นมีฐานะทาง เศรษฐกิจสังคมดี ก็ย่อมมีแนวโน้มที่จะบรรลุขั้นพิเศษซึ่งมีห้อง เป็นสัดส่วนของตนและอาหารดีกว่าผู้ป่วยชั้นสามัญ แต่ถ้าผู้ป่วยยากจนย่อมไม่มีโอกาสเลือก หรือบางครั้งแม้แต่จะมาโรงพยาบาลก็ยังไม่สามารถจะมาได้ สำหรับเหตุผลที่น่าเขตที่อยู่อาศัยทั้งในปัจจุบันและในอดีต (คือภูมิภาคเนาเดิม) มาพิจารณาหาความสัมพันธ์กับการแข่งขันแต่ละประเภทนั้น เพราะคาดว่าบุคคลที่อยู่ในภาวะแวดล้อมที่ต่างกัน และมีภูมิภาคต่างๆ กัน คือในต่างจังหวัดกับกรุงเทพฯ และ เขตปริมณฑล ย่อมจะมีความแตกต่างกันทั้งในด้านโอกาสที่จะรับรู้เรื่องราวข่าวสารต่างๆ ที่เกี่ยวกับการคุมกำเนิด การปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ ตลอดจนการทำแท้ง จึงน่าจะมียุติกรรมในการแท้งและการทำแท้งที่แตกต่างกัน

อาชีพ

จากตารางที่ 29 พบว่า ในกลุ่มผู้ที่ประกอบอาชีพวิชาชีพหรือที่เป็นนักศึกษา มีการแท้งเองตามธรรมชาติมากถึงร้อยละ 43.8 ในขณะที่ผู้ที่อยู่ในกลุ่มแม่บ้านและผู้ที่มีอาชีพรับจ้าง หรือค้าขาย มีการแท้งเองตามธรรมชาติเพียงร้อยละ 28.1 และ 25.1 ตามลำดับ แต่ในกลุ่มสตรีที่ประกอบอาชีพเกษตรมีน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 15.3 เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นไปได้ว่าในกลุ่มผู้ที่ประกอบอาชีพวิชาชีพและที่เป็นนักศึกษา (ผู้ศึกษาได้รวมเอากลุ่มนักศึกษาเข้าไว้ในอาชีพวิชาชีพ โดยพิจารณาการแบ่งกลุ่มในแง่ของระดับการศึกษา) เป็นผู้ที่มีความรู้ เมื่อมีการแท้งหรือสัญญาณที่สื่อว่าจะแท้งก็จะมาติดต่อเพื่อขอรับการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลทำให้ตัวเลขแท้งเองตามธรรมชาติในกลุ่มอาชีพนี้สูง ส่วนผู้ที่อยู่ในกลุ่มอาชีพอื่น ๆ เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มที่ประกอบอาชีพรับจ้างและค้าขาย, เกษตรกรรม อาจมีเหตุผลทางด้าน เศรษฐกิจทำให้ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้เนื่องจากเจ็บป่วยมาก ดังนั้นเมื่อมีอาการปวดท้องหรือ เลือดออก เล็กน้อยจึงไม่มาโรงพยาบาลเพราะไม่ทราบว่ามันคือสัญญาณของการที่จะแท้ง และเมื่อแท้งแล้วแต่ไม่มีอาการแทรกซ้อน เช่น ตกเลือดหรือมีไข้ก็ไม่ได้มาพบแพทย์เพราะไม่เห็นความจำเป็น ดังนั้นสตรีในกลุ่มอาชีพดังกล่าวนี้จึงมีอัตราเพียงส่วนน้อยที่รับการรักษาจากโรงพยาบาล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยืนยันว่าการแท้งเองตามธรรมชาติจะพบประมาณร้อยละ 10 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมดแต่ถ้ารวมการแท้งที่เกิดขึ้นในระยะแรกของการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์ และไม่มีผลทางพยาธิสภาพที่จะสนับสนุนการวินิจฉัยแล้ว จะมีประมาณร้อยละ 15-20 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด (สุจิต ผ่องสวัสดิ์ และคณะ 2525: 115) นั่นคือจำนวนแท้งเองตามธรรมชาติมีอีก

ครึ่งหนึ่งที่ได้มาโรงพยาบาล ซึ่งน่าจะตกอยู่ในประชากรกลุ่มอาชีพอื่น ๆ ที่มีไข้ผู้ที่ประกอบอาชีพวิชาชีพ และนักศึกษา

นอกจากนี้พบว่าในกลุ่มแม่บ้านและกลุ่มผู้ประกอบอาชีพรับจ้าง ค้าขาย ฯลฯ มีการทำแท้งเพื่อการรักษามากที่สุดคือ ร้อยละ 39.8 และ 39.4 ตามลำดับ รองลงมาคือพบในกลุ่มสตรีที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมคือ มีร้อยละ 37.3 น้อยที่สุดคือกลุ่มอาชีพวิชาชีพ และนักศึกษาพบร้อยละ 28.6 เหตุที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะว่าทั้งสามกลุ่มคือ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มรับจ้าง ค้าขาย ฯลฯ (ซึ่งรวมเอาสตรีที่มีอาชีพกรรมกร ฯลฯ เข้าไปด้วย) และกลุ่มเกษตรนั้น สตรีส่วนใหญ่ไม่มีรายได้หรือมีรายได้น้อย เมื่อต้องการจำกัดจำนวนบุตรทำให้ต้องหันมาใช้วิธีคุมกำเนิด และเมื่อการคุมกำเนิดล้มเหลวแพทย์ผู้รับผิดชอบจะทำแท้งให้ถ้าสตรีผู้นั้นมีความประสงค์จะทำแท้ง นอกจากนี้ในกรณีที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกนั้น (ซึ่งส่วนใหญ่จะพบว่าร้อยละ 95 เกิดขึ้นที่บริเวณหลอดมดลูก) แพทย์จำเป็นต้องทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง โดยการทำผ่าตัดหลอดมดลูกทิ้ง (salpingectomy) ส่วนในรายที่เป็นการตั้งครรภ์ไขเปลาออก แพทย์จะทำการตั้งครรภ์สิ้นสุดลงเช่นกัน โดยเฉพาะถ้าเกิดในสตรีที่อายุ 35 ปีขึ้นไป หรือสตรีที่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ 2 คนขึ้นไป แพทย์มักจะทำการผ่าตัดโดยตัดมดลูกทิ้ง (Hysterectomy) เพื่อป้องกันมิให้เกิดการกลายเป็นมะเร็ง (สุบิต เผ่าสวัสดิ์ และคณะ 2525: 151)

ในกลุ่มสตรีที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีการทำแท้งผิดกฎหมายในสัดส่วนที่เห็นเด่นชัดมากที่สุดคือร้อยละ 47.5 และพบน้อยในกลุ่มวิชาชีพและนักศึกษาคือ มีเพียงร้อยละ 27.7 ที่ทำแท้งผิดกฎหมาย เหตุที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะว่าสตรีที่ประกอบอาชีพเกษตรส่วนใหญ่จะมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ และยังขาดความรู้ทางด้านบริการทำแท้งที่ปลอดภัยอีกด้วย ดังนั้นเมื่อไปทำแท้งผิดกฎหมายที่มีราคาถูก ซึ่งผู้กระทำไม่ใช่ว่ามีความรู้ทางแพทย์ จึงเกิดโรคแทรกซ้อนจนต้องเข้ารับการรักษาดำเนินในโรงพยาบาล ในขณะที่เดียวกันอัตราการทำแท้งที่พบน้อยในกลุ่มอาชีพวิชาชีพและนักศึกษานั้น อาจจะเนื่องจากเหตุผลที่ว่าเมื่อมีปัญหาการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา สตรีในกลุ่มดังกล่าวจะสามารถจะหาแสงสว่างที่หาแท้งที่ปลอดภัยได้ ซึ่งสอดคล้องกับคำพูดของ John D. Rockefeller III (1976) ที่กล่าวว่า สตรีที่มีฐานะความเป็นอยู่ดี ก็หาวิธีการทำแท้งที่ปลอดภัยได้ ในขณะที่สตรีผู้ยากไร้ต้องไปอยู่ในเงื้อมมือของผู้ประกอบการที่ด้อยความสามารถ

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยไคสแควร์พบว่า มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าอาชีพของสตรีที่แท้งมีความสัมพันธ์กับประเภทของการแท้ง

ตารางที่ 29 อัตราร้อยละของการแต่ง จำแนกตามอาชีพ

ประเภทของการแต่ง	อาชีพ				รวม
	แม่บ้าน	รับจ้าง, ค้าขาย ฯลฯ	วิชาชีพ นักศึกษา	เกษตรกร	
แต่งเองตามธรรมชาติ	28.1	25.1	43.8	15.3	27.2 (368)
ทำแต่งเพื่อการรักษา	39.8	39.4	28.6	37.3	38.6 (521)
ทำแต่งผิดกฎหมาย	32.0	35.5	27.7	47.5	34.2 (462)
รวม	100.0 (462)	100.0 (718)	100.0 (112)	100.0 (59)	100.0 (1351)

$$X^2 = 24.37 \quad P < .05$$

เมื่อนำตัวแปรสถานภาพสมรสมาพิจารณาด้วย จากตารางที่ 30 พบว่า ในกลุ่มสตรีที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยกนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของการแต่งกับอาชีพเปลี่ยนแปลงไป และลดลงจนไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สำหรับกลุ่มสตรีที่มีสถานภาพสมรสคู่ ความสัมพันธ์ไม่เปลี่ยนแปลง

อย่างไรก็ตาม กลุ่มสตรีที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า แยก ที่มีอาชีพประเภทวิชาชีพและนักศึกษามีถึงร้อยละ 72.4 ที่ทำแต่งผิดกฎหมาย รองลงมาก็คือกลุ่มสตรีที่มีอาชีพแม่บ้านร้อยละ 61.1 อาชีพรับจ้าง ค้าขายร้อยละ 59.3 ส่วนในกลุ่มสตรีที่ประกอบอาชีพรับจ้าง ค้าขายพบว่าเป็นกลุ่มที่ทำแต่งเพื่อการรักษามากที่สุดคือ ร้อยละ 33.0 รองลงมาก็คือกลุ่มวิชาชีพและนักศึกษาร้อยละ 20.7 พบน้อยในกลุ่มแม่บ้านร้อยละ 16.7 สำหรับกลุ่มที่แต่งเองตามธรรมชาตินั้น ก่อนที่จะใช้สถานภาพสมรสเป็นตัวแปรคุมพบมากในกลุ่มวิชาชีพ และนักศึกษา แต่เมื่อคุมด้วยสถานภาพสมรส (โสด หม้าย หย่า แยก) แล้วพบว่ารูปแบบความสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไป คือกลับพบน้อยมากในกลุ่มอาชีพวิชาชีพและนักศึกษา คือพบเพียงร้อยละ 6.9 แต่กลับพบมากในกลุ่มแม่บ้านถึงร้อยละ 22.2 และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์และนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน สำหรับกลุ่มสตรีที่มีสถานภาพสมรสคู่ พบว่าในอาชีพเกษตรกรยังมีอัตราการทำแต่งผิดกฎหมายสูงคือ ร้อยละ 43.1

รองลงมาคือในกลุ่มอาชีพรับจ้าง ค้าขาย ร้อยละ 31.7 และกลุ่มแม่บ้านมีร้อยละ 30.8 และพบน้อยที่สุดในกลุ่มอาชีพวิชาชีพและนักศึกษาคือ ร้อยละ 12.0 ส่วนในอาชีพรับจ้าง ค้าขาย มีการทำแท้งเพื่อการรักษาพบร้อยละ 40.7 ซึ่งใกล้เคียงกับของกลุ่มแม่บ้าน และอาชีพเกษตรคือ ร้อยละ 40.5 และ 39.2 ตามลำดับ ในกลุ่มอาชีพวิชาชีพและนักศึกษายังคงพบว่ามีการทำแท้งเองตามธรรมชาติสูงคือ ร้อยละ 56.6 และกลุ่มแม่บ้านร้อยละ 28.7 อาชีพรับจ้างค้าขายร้อยละ 27.5 พบน้อยในกลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรเพียงร้อยละ 17.6 และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์และนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าเมื่อใช้ตัวแปรสถานภาพสมรส เข้ามาประกอบการวิเคราะห์ ทำให้อัตราของการทำแท้งซึ่งจำแนกตามอาชีพ เปลี่ยนไป โดยเฉพาะกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก แต่สำหรับผู้ที่มิมีสถานภาพสมรสคู่นั้น เกือบไม่เปลี่ยนแปลง โดยที่สัดส่วนในกลุ่มที่ทำแท้งผิดกฎหมายนั้น เหมือนเดิมทุกประการ กล่าวคือทั้งจากตารางที่ 29 และตารางที่ 30 จะพบว่าในกลุ่มสตรีที่ประกอบอาชีพเกษตรมีการทำแท้งผิดกฎหมายมาก รองลงมาคืออาชีพรับจ้างและค้าขาย กลุ่มแม่บ้าน และที่พบน้อยคือกลุ่มอาชีพวิชาชีพและนักศึกษา เหตุที่พบว่าในกลุ่มผู้ประกอบการเกษตร ทำแท้งผิดกฎหมายมาก อาจเป็นเพราะสตรีกลุ่มนี้มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ และขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการบริการทำแท้งที่ปลอดภัย เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่ปรารถนาจึงไปทำแท้งผิดกฎหมายที่มีราคาถูก ซึ่งเป็นผู้กระทำที่ไม่ใช่แพทย์ จึงเกิดโรคแทรกซ้อนจนต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล ส่วนเหตุผลที่พบว่าในกลุ่มวิชาชีพและนักศึกษามีการทำแท้งผิดกฎหมายน้อยนั้น อาจจะ เนื่องจากเหตุผลที่ว่าสตรีกลุ่มนี้จะมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด อีกทั้งถ้าพลาดหลังตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาขึ้นก็ยังสามารถหาที่ทำแท้งที่ปลอดภัยได้ เนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจเอื้ออำนวย จึงไม่ปรากฏว่ามีกรณีที่เข้ารับการรักษา (ตามกลุ่มอาชีพ) ที่โรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มอื่น

ตารางที่ 30 อัตราร้อยละของการแห้ง จำแนกตามอาชีพและสถานภาพสมรส

ประเภทของการแห้ง/ สถานภาพสมรส	อาชีพ				รวม
	แม่บ้าน	รับจ้าง, ค้าขาย ฯลฯ	วิชาชีพและ นักศึกษา	เกษตรกร	
<u>โสด/หม้าย/หย่า/แยก</u>					
แห้งเองตามธรรมชาติ	22.2	7.7	6.9	-	9.0(13)
ทำแห้งเพื่อการรักษา	16.7	33.0	20.7	*	27.6(40)
ทำแห้งผิดกฎหมาย	61.1	59.3	72.4	*	63.4(92)
รวม	100.0(18)	100.0(91)	100.0(29)	100.0(7)	100.0(145)
	$X^2 = 8.31$		$P > .05$		
<u>สมรสคู่</u>					
แห้งเองตามธรรมชาติ	28.7	27.5	56.6	17.6	29.5(352)
ทำแห้งเพื่อการรักษา	40.5	40.7	31.3	39.2	39.9(476)
ทำแห้งผิดกฎหมาย	30.8	31.7	12.0	43.1	30.5(363)
รวม	100.0(439)	100.0(619)	100.0(83)	100.0(51)	100.0(1192)
	$X^2 = 38.91$		$P < .05$		

* จำนวนตัวอย่างต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10 ราย จะไม่แสดงอัตราส่วนและ
ไม่ตีความข้อมูล

ชั้นที่บรรจผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างชั้นบรรจผู้ป่วยกับประเภทของการแห้ง จากตาราง
ที่ 31 พบว่า สตรีที่ไม่ต้องค้างคืนในโรงพยาบาลร้อยละ 100 เป็นสตรีที่ทำแห้งเพื่อการรักษา ซึ่ง
แสดงให้เห็นถึงความประหยัด สะดวก และปลอดภัย ของการทำแห้งชนิดนี้ สำหรับผู้ที่บรรจอยู่ใน
ชั้นหนึ่ง มีสัดส่วนกว่าครึ่งคือ ร้อยละ 52.2 ทำแห้งเพื่อการรักษา ขณะที่สตรีที่บรรจชั้นสามมีร้อยละ

36.4 และสตรีที่บรรจุชั้นพิเศษในสัดส่วนที่ไม่น้อยกว่ากันเท่าใดคือ ร้อยละ 23.3 เป็นผู้ทำแท้งเพื่อการศึกษา ในทางตรงข้าม พบว่า สตรีผู้ป่วยที่บรรจุอยู่ในชั้นสามัญถึงร้อยละ 41.6 เป็นผู้ทำแท้งผิดกฎหมาย ขณะที่เพียงร้อยละ 7.8 ของสตรีที่บรรจุอยู่ในชั้นพิเศษทำแท้งผิดกฎหมาย

ผลจากตารางที่ 31 นี้เป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกับผลจากตารางที่ 29 และตารางที่ 30 ในแง่ที่ว่าในกลุ่มผู้ที่ประกอบอาชีพวิชาชีพและที่เป็นนักศึกษา ซึ่งตกอยู่ในกลุ่มผู้ที่มีการแต่งเองตามธรรมชาติ หรือมีการทำแท้งเพื่อการศึกษา เป็นกลุ่มที่น่าจะมีเศรษฐกิจในระดับค่อนข้างดี และมีการศึกษาสูง และเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่นมีสัญญาณที่แสดงอาการว่าจะแท้งก็จะไปทำการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล และด้วยฐานะที่ดีกว่าจึงมักจะเข้าบรรจุในชั้นหนึ่ง หรือชั้นพิเศษในสัดส่วนที่รวมกันแล้วมีมากกว่าสัดส่วนผู้เข้ารับการรักษาในชั้นสามัญ

สำหรับกลุ่มผู้ที่เข้ารับการรักษาในชั้นสามัญจำนวนมากที่ทำแท้งผิดกฎหมาย น่าจะเป็นเพราะเนื่องจากเป็นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างต่ำ จึงอาจสรุปได้จากตารางนี้ว่า ชั้นที่บรรจุผู้ป่วยอาจใช้เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานะด้านเศรษฐกิจและสังคมของสตรีได้ และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์พบว่า มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าชั้นบรรจุผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประเภทของการแท้ง

ตารางที่ 31 อัตราร้อยละของการแท้ง จำแนกตามชั้นที่บรรจุผู้ป่วย

ประเภทของการแท้ง	ชั้นที่บรรจุผู้ป่วย				รวม
	ไม่ต้องค้างคืน	ชั้นสามัญ	ชั้นหนึ่ง	ชั้นพิเศษ	
แต่งเองตามธรรมชาติ	-	22.0	37.6	69.0	25.8 (404)
ทำแท้งเพื่อการศึกษา	100.0	36.4	52.2	23.3	42.4 (663)
ทำแท้งผิดกฎหมาย	-	41.6	10.2	7.8	31.8 (497)
รวม	100.0 (121)	100.0 (122)	100.0 (205)	100.0 (116)	100.0 (1564)

$$X^2 = 224.46$$

$$P < .05$$

เขตที่อยู่อาศัย

ตั้งที่ได้กล่าวแล้วข้างต้นแล้วว่า เหตุที่นำเขตที่อยู่อาศัยทั้งในปัจจุบันและในอดีต (คือ ภูมิภาคเนาเดิม) มาพิจารณาหาความสัมพันธ์กับการแท้งในแต่ละประเภ่นั้น เพราะคาดว่าบุคคลที่อยู่ในภาวะแวดล้อมที่ต่างกัน และมีภูมิภาคต่างๆ กันคือในต่างจังหวัดกับกรุงเทพฯ และเขตปริมณฑล ย่อมจะมีความแตกต่างกันทั้งในด้านโอกาสที่จะรับรู้เรื่องราวข่าวสารต่างๆ ที่เกี่ยวกับการคุมกำเนิด การปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ ตลอดจนการหาแท้ง จึงน่าจะมีพฤติกรรมในการแท้งและหาแท้งที่แตกต่างกัน

สถานที่อยู่ปัจจุบันและภูมิภาคเนาเดิม

เพื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานที่อยู่ปัจจุบันและภูมิภาคเนาเดิมของสตรีที่แท้งกับประเภทของการแท้ง จากตารางที่ 32 พบว่า สตรีที่มีสถานที่อยู่ปัจจุบันอยู่ในกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล แท้งเองตามธรรมชาติร้อยละ 28.0 เป็นกลุ่มซึ่งมีสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มสตรีที่มีสถานที่อยู่ปัจจุบันในต่างจังหวัด ซึ่งมีร้อยละ 22.8 เหตุที่เป็นดังนี้อาจเกิดจากการที่สตรีที่มีสถานที่อยู่ปัจจุบันในกรุงเทพมหานครสะดวกที่จะมาพบแพทย์ เมื่อพบว่าตนเองมีความผิดปกติในการตั้งครรภ์ เช่น ปวดท้องหรือเลือดออกซึ่งเป็นสัญญาณของการแท้ง ในขณะที่สตรีที่อยู่ต่างจังหวัดอาจจะไม่สะดวกในการไปโรงพยาบาล และเมื่อแท้งเด็กออกไปแล้วก็ไม่สนใจที่จะไปตรวจเช็คร่างกาย หรือแม้ว่าจะตรวจร่างกายก็จริง แต่ไม่ได้เข้ามาตรวจที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้พบว่ากลุ่มสตรีที่มีสถานที่อยู่ปัจจุบันในกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล มีการหาแท้งเพื่อการรักษาอื่น ร้อยละ 40.8 อยู่ในเขตต่างจังหวัด มีร้อยละ 34.0 เหตุที่พบว่ากลุ่มสตรีที่มีสถานที่อยู่ปัจจุบันในต่างจังหวัด หาแท้งเพื่อการรักษาอื่นน้อยกว่าสตรีที่มีสถานที่อยู่ปัจจุบันในกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล ด้วยเหตุผลเช่นเดียวกับกลุ่มที่แท้งเองตามธรรมชาติ คืออาจเป็นเพราะว่าไม่สะดวกที่จะมาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้กลับพบว่า ในกลุ่มสตรีที่มีสถานที่อยู่ปัจจุบันในต่างจังหวัด หาแท้งผิดกฎหมายถึงร้อยละ 43.2 เป็นกลุ่มที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล มีเพียงประมาณร้อยละ 31.2 เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มสตรีที่มีสถานที่อยู่ปัจจุบันในต่างจังหวัดมักจะมีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ ยังไม่พร้อมจะมีบุตร และขาดความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาขึ้นสตรีกลุ่มนี้ไม่ทราบวิธีการหรือแหล่งหาแท้งที่ปลอดภัย จึงไปหาแท้งกับหมอเถื่อน ซึ่งมักจะทำไม่ถูกต้องวิธี เช่น การใช้วิธีเหยียบ, ใส่นายาง หรือใช้ของแข็งสอดเข้าในช่องคลอด (ทองเปลว นาควรรณกิจ, 2521) ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น ติดเชื้อมดเลือด ฯลฯ จึงจำเป็นต้องเข้ามารับการรักษาตัวต่อในโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

ส่วนพวกที่อยู่ใน เขตกรุงเทพมหานครหรือ เขตปริมณฑลก็อาจจะแสวงหาที่ทำงานได้จากสถานบริการเอกชนอื่น ๆ ได้สะดวกกว่า และ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นจึง เข้ามาบริการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก็เป็นได้

ภูมิภาค เนา เดิม เกี่ยวข้องกับการทำงานทั้งก็ เพราะคาดว่าบุคคลที่มีภูมิภาค เนาต่างภาคต่างถิ่น ย่อมมีการดำเนินชีวิตประจำวันต่างกัน รวมทั้งอาจมีค่านิยมในเรื่องต่างๆ กันที่อาจจะส่งผลให้เกิดความแตกต่างกันในพฤติกรรมรวมทั้งในเรื่องของการทำงานต่างกันไป ดังที่ทองเปลว นาควรรณกิจ (2521) ได้สรุปวิธีการทำงานจากการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการทำงานชนบทภาคต่างๆ (ดูวิธีการทำงานในภาคผนวก) ซึ่งแต่ละภาคจะมีวิธีการทำงานที่แตกต่างกัน และถึงแม้ว่าสตรีกลุ่มนี้จะย้ายสถานที่อยู่แล้วก็ตาม แต่ความเชื่อหรือความรู้เก่าๆ เกี่ยวกับการทำงานที่ผิดกฎหมายเหล่านี้ยังฝังใจอยู่ ประกอบกับการทำงานประเภทนี้มักจะมีราคาถูก ดังนั้น เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครุภัณฑ์ไม่ปรารถนาจึงมักจะทำงานที่ตนเคยทราบมา หรือ เพื่อนฝูงที่มีประสบการณ์ในการทำงานจะเป็นผู้แนะนำ ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาจึงต้องการทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างภูมิภาค เนา เดิมกับวิธีการทำงาน แต่เนื่องจากรายละเอียดของข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการทำงานผิดกฎหมายมีไม่มากพอที่จะวิเคราะห์ให้แน่ชัด จึงได้เพียงแต่หาความสัมพันธ์ระหว่างภูมิภาค เนา เดิมของสตรีที่ทำงานประเภทของการทำแต่ละประเภทอย่างกว้างๆ

ในตารางที่ 32 เช่นกันที่ผู้ศึกษาได้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภูมิภาค เนา เดิมของสตรีที่ทำงานประเภทของการทำ พบว่า กลุ่มสตรีที่มีภูมิภาค เนา เดิมอยู่ในกรุงเทพมหานครและ เขตปริมณฑล กับกลุ่มสตรีที่มีภูมิภาค เนา เดิมอยู่ต่างจังหวัด เกือบไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องการทำงานเพื่อการรักษา คือ มีอัตราร้อยละ 37.7 และ 36.8 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันเล็กน้อยในประเภทตัวเองตามธรรมชาติคือ สตรีที่มีภูมิภาค เนา อยู่ในกรุงเทพมหานครและ เขตปริมณฑล ทำเองตามธรรมชาติร้อยละ 33.3 ขณะที่สตรีที่มีภูมิภาค เนา อยู่ในต่างจังหวัดมีเพียงร้อยละ 25.7 สุดท้ายพบว่า สตรีที่มีภูมิภาค เนา เดิมอยู่ต่างจังหวัดร้อยละ 37.6 ที่ทำงานผิดกฎหมาย ขณะที่กลุ่มสตรีที่อยู่ใน กรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีการทำงานผิดกฎหมายร้อยละ 29.0 ซึ่งรูปแบบความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มีความสอดคล้องกับความสัมพันธ์ที่พบมาในตารางที่ 32 ในส่วนของการทำงานผิดกฎหมาย ซึ่งอาจอธิบายได้ด้วยเหตุผลที่ได้อธิบายไปแล้วในส่วนต้น และ เมื่อทดสอบด้วยค่าไคสแควร์พบว่า มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 แสดงว่าภูมิภาค เนา เดิมของสตรีที่ทำงานมีความสัมพันธ์กับประเภทของการทำ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า สตรีที่มีภูมิภาค เนา อยู่ต่างจังหวัดน่าจะทำงานผิดกฎหมายมากกว่าสตรีที่อยู่ในกรุงเทพมหานครและ เขตปริมณฑล

ตารางที่ 32 อัตราร้อยละของการแท้ง จำแนกตามที่อยู่ปัจจุบัน และภูมิภาคเดิม

ประเภทของการแท้ง	กรุงเทพฯ/ปริมณฑล	ต่างจังหวัด	รวม
<u>ที่อยู่ปัจจุบัน</u>			
แท้งเองตามธรรมชาติ	28.0	22.8	27.1 (403)
ทำแท้งเพื่อการรักษา	40.8	34.0	39.6 (589)
ทำแท้งผิดกฎหมาย	31.2	43.2	33.3 (496)
รวม	100.0 (514)	100.0 (884)	100.0 (1398)
	$X^2 = 13.87$	$P < .05$	
<u>ภูมิภาคเดิม</u>			
แท้งเองตามธรรมชาติ	33.3	25.7	28.5 (398)
ทำแท้งเพื่อการรักษา	37.7	36.8	37.1 (519)
ทำแท้งผิดกฎหมาย	29.0	37.6	34.4 (481)
รวม	100.0 (514)	100.0 (884)	100.0 (1398)
	$X^2 = 13.60$	$P < .05$	

กล่าวโดยสรุป เกี่ยวกับลักษณะทางด้าน เศรษฐกิจสังคมของสตรีที่แท้งพบว่า สตรีที่แท้งทุกประเภทส่วนใหญ่ในการศึกษาจากข้อมูลที่เก็บโดยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นสตรีที่ประกอบอาชีพรับจ้าง, ค้าขาย และเมื่อดูเฉพาะกลุ่มทำแท้งผิดกฎหมายพบว่า กลุ่มสตรีที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีอัตราส่วนในการทำแท้งผิดกฎหมายสูง และเมื่อใช้สถานภาพสมรสเป็นตัวแปรคุม พบว่าผลลัพธ์ยังคงเดิมในกลุ่มของผู้ที่สมรส แต่ในกลุ่มสตรีที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของการแท้งกับอาชีพ เปลี่ยนแปลงไปและลดลงจนไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับตัวแปรเกี่ยวกับชั้นที่บรรจุผู้ป่วยพบว่า สตรีที่แท้งส่วนมากบรรจุชั้นสามัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่ทำแท้งผิดกฎหมายบรรจุอยู่ในชั้นนี้มากที่สุด ส่วนผู้ที่บรรจุในชั้นพิเศษ ได้แก่ ผู้ที่แท้งเองตามธรรมชาติมากที่สุด สำหรับตัวแปรด้านสถานที่อยู่อาศัยพบว่า สตรีส่วนมากที่แท้งเป็นสตรีที่มีสถานที่อยู่ปัจจุบันในกรุงเทพมหานคร แต่มีภูมิภาคเดิมอยู่ต่างจังหวัด และเมื่อพิจารณาเฉพาะในกลุ่มสตรีที่มีสถานที่อยู่

ปัจจุบันอยู่ต่างจังหวัดและกลุ่มที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ต่างจังหวัด พบว่า กลุ่มผู้ที่ทำแท้งผิดกฎหมายมีมากที่สุดด้วย

ปัจจัยทางด้านยุติธรรมและการคุมกำเนิด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยทางด้านยุติธรรม อันได้แก่ ประสิทธิภาพ ตั้งครรภ์ การแท้ง การคลอด และจำนวนบุตรที่มีชีวิต ตลอดจนการคุมกำเนิดในอดีต มักจะมีอิทธิพลต่อการแท้งในแต่ละประเภท ในการศึกษาคั้งนี้จึงได้นำเอาปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวนี้นี้เข้ามาทดสอบความสัมพันธ์

จำนวนครั้งที่คลอดบุตร

เมื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของการคลอดบุตรกับการแท้งเองตามธรรมชาติ ได้พบความสัมพันธ์ในทางลบระหว่าง 2 ตัวแปรนี้ ดังจะเห็นได้ว่าสตรีที่ไม่เคยคลอดบุตรเลยร้อยละ 29.9 สตรีที่เคยคลอดบุตร 1 ครั้งร้อยละ 27.0 สตรีที่เคยคลอดบุตร 2 ครั้งร้อยละ 23.1 และสตรีที่เคยคลอดบุตร 3 ครั้งหรือมากกว่าร้อยละ 17.9 เป็นสตรีที่อยู่ในกลุ่มแท้งเองตามธรรมชาติ เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็น เพราะที่สตรีกลุ่มที่เพิ่งจะตั้งครรภ์ครั้งแรก ยังไม่ทราบวิธีปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะสตรีที่ตั้งครรภ์ส่วนมากมักจะไปฝากครรภ์เมื่อใกล้คลอด ซึ่งทำให้บางคนก็แท้งไปเสียก่อนที่จะไปฝากครรภ์ นอกจากนี้ยังมีบางส่วนที่เป็นการแท้งอาเจ็ด (habitual abortion) ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาดูแลใกล้ชิดจากแพทย์ก็อาจจะแท้งซ้ำอีก อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของสตรีที่มีการแท้งเองตามธรรมชาติจะลดลงตามลำดับ เมื่อจำนวนครั้งของการคลอดบุตรเพิ่มขึ้น นั่นคือ สตรีกลุ่มนี้มีประสบการณ์ดีขึ้นในการตั้งครรภ์ว่าควรปฏิบัติตนอย่างไร ควรจะไปฝากครรภ์เมื่อไร เป็นต้น อย่างไรก็ตามการศึกษาคั้งนี้ได้พบความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างจำนวนครั้งการคลอดบุตรและประเภทของการแท้งเพื่อการรักษา คือ พบในสตรีที่ไม่เคยคลอดบุตรร้อยละ 36.0 สตรีที่เคยคลอดบุตร 1 ครั้งร้อยละ 41.5 สตรีที่เคยคลอดบุตร 2 ครั้งร้อยละ 45.1 และสตรีที่เคยคลอดบุตร 3 ครั้งหรือมากกว่า 3 ครั้งเพิ่มเป็นร้อยละ 48.8 เป็นผู้ทำแท้งเพื่อการรักษา สาเหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็น เพราะว่าการทำแท้งเพื่อการรักษานั้นมีส่วนหนึ่งเป็นการทำแท้งเนื่องจากการคุมกำเนิดล้มเหลว เพราะสตรีที่เคยคลอดบุตรหลายคนมักจะคุมกำเนิด และเมื่อคุมกำเนิดล้มเหลว แพทย์ก็จะทำแท้งให้ อีกประการหนึ่งอาจเป็นไปได้ว่า สตรีที่เคยคลอดบุตรหลายคนมักจะมีอายุสูงขึ้น และในกลุ่มสตรีที่สูงอายุ เหล่านี้โอกาสจะตั้งครรภ์ไข่มปลากุมมีมาก (สุจิต ผ่องสวัสดิ์ และคณะ 2525:

133-151) ดังนั้นจึงพบว่าอัตราส่วนสูงมากขึ้นตามจำนวนครั้งของการคลอดบุตร ส่วนในกลุ่มที่ไม่เคยคลอดบุตร และกลุ่มที่เคยคลอดบุตร 1 ครั้ง 2 ครั้ง และ 3 ครั้ง มีการทำแท้งผิดกฎหมายในอัตราส่วนใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 34.2 ร้อยละ 31.5 ร้อยละ 31.7 และร้อยละ 33.3 ตามลำดับ เหตุผลก็คือสตรีกลุ่มที่ยังไม่เคยคลอดบุตร อาจยังไม่พร้อมที่จะมีบุตร เนื่องจากเหตุผลทางเศรษฐกิจสังคม รองลงมาคือกลุ่มที่เคยคลอดบุตร 3 คนหรือมากกว่านั้นก็อาจเป็นเพราะมีบุตรมากพอแล้ว เมื่อเกิดการตั้งครรภ์จึงลักลอบทำแท้ง เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์พบว่า มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าจำนวนครั้งของการคลอดบุตรของสตรีที่แท้งมีความสัมพันธ์กับประเภทของการแท้ง

ตารางที่ 33 อัตราร้อยละของการแท้ง จำแนกตามจำนวนครั้งของการคลอดบุตร

ประเภทของการแท้ง	จำนวนครั้งของการคลอดบุตร				รวม
	ไม่เคยคลอด*	1 ครั้ง	2 ครั้ง	3 ครั้ง+	
แท้งเองตามธรรมชาติ	29.9	27.0	23.1	17.9	26.6 (402)
ทำแท้งเพื่อการรักษา	36.0	41.5	45.1	48.8	40.5 (613)
ทำแท้งผิดกฎหมาย	34.2	31.5	31.7	33.3	32.9 (497)
รวม	100.1 (653)	100.0 (429)	100.0 (268)	100.0 (162)	100.0 (1512)

$$X^2 = 16.71 \quad P < .05$$

* อาจเคยตั้งครรภ์มาก่อนแต่ไม่เคยคลอด

จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน

จากการศึกษาผลงานวิจัยหลายโครงการพบว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่มีความสัมพันธ์กับการแท้ง สตรีที่ยังไม่มีบุตรหรือมีบุตรน้อย ส่วนมากมักทำแท้งและแท้งเองตามธรรมชาติ (ประทีป เทพรัตน์, 2514:673-677; นางลักษณและคณะ, 2517:13-19; กนก โตสุรัตน์, 2522:104; สุพร เกิดสว่าง, 2519:209-217 และ Amorn Keotsawang 1986:4)

จากตารางที่ 34 เมื่อพิจารณาเฉพาะการแห้งแต่ละประเภทก็จะพบว่า มีรูปแบบความสัมพันธ์เป็นแบบเดียวกันกับที่พบในตารางที่ 32 นั่นคือจำนวนบุตรที่มีชีวิตมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการแห้งเองตามธรรมชาติคือ เมื่อจำนวนบุตรเพิ่มขึ้นการแห้งตามธรรมชาติจะลดลงตามลำดับดังนี้คือ กลุ่มสตรีที่ไม่มีบุตรร้อยละ 29.7 กลุ่มสตรีที่มีบุตร 1-2 คนร้อยละ 25.6 กลุ่มสตรีที่มีบุตร 3 คนหรือมากกว่าพบร้อยละ 17.5 ในกลุ่มการแห้งตามธรรมชาติ ส่วนการทำแห้งเพื่อการรักษาก็พบเช่นเดียวกับตารางที่ 32 คือเมื่อจำนวนบุตรมากขึ้น การทำแห้งเพื่อการรักษาก็จะเพิ่มมากขึ้นด้วย ดังจะเห็นได้ว่ากลุ่มสตรีที่ไม่มีบุตรมีการทำแห้งเพื่อการรักษาร้อยละ 36.0 กลุ่มสตรีที่มีบุตร 1-2 คน ทำแห้งเพื่อการรักษาร้อยละ 43.1 และกลุ่มสตรีที่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ 3 คนหรือมากกว่า ทำแห้งเพื่อการรักษาถึงร้อยละ 48.7 ส่วนการทำแห้งผิดกฎหมายก็เช่นเดียวกับพบในกลุ่มสตรีที่ยังไม่เคยคลอดบุตรในสัดส่วนสูงกว่าสตรีที่เคยคลอดบุตรแล้วเล็กน้อย คือกลุ่มสตรีที่ไม่มีเคยคลอดบุตรร้อยละ 34.2 กลุ่มสตรีที่มีบุตร 1-2 คนร้อยละ 31.4 และสตรีที่มีบุตร 3 คนขึ้นไปร้อยละ 33.8 ทำแห้งผิดกฎหมาย เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็น เพราะว่าสตรีกลุ่มที่ยังไม่มีบุตรเหล่านี้ยังไม่พร้อมที่จะมีบุตร เนื่องจากสาเหตุทางด้านเศรษฐกิจสังคม เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาจึงลักลอบทำแห้ง ในขณะที่กลุ่มที่มีบุตรมากอยู่แล้วอาจจะไม่ต้องการมีบุตรเพิ่มจึงต้องทำแห้ง และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยไคสแควร์พบว่า มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ของสตรีที่แห้งมีความสัมพันธ์กับประเภทของการแห้ง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าสตรีที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่น้อยกว่า น่าจะทำแห้งผิดกฎหมายมากกว่าสตรีที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่มากกว่า แม้ว่าความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มนี้จะไม่มีมากนัก แต่เห็นได้ชัดเจนในกลุ่มของผู้ที่ยังไม่มีบุตรเลย

กล่าวโดยสรุปว่า จำนวนครั้งของการคลอดบุตร (ตารางที่ 33) และจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ (ตารางที่ 34) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการแห้งเองตามธรรมชาติ แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำแห้งเพื่อการรักษา อย่างไรก็ตามพบว่า ทั้งจำนวนครั้งของการคลอดหรือจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ของสตรี ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำแห้งผิดกฎหมายเลย สัดส่วนของสตรีที่ยังไม่เคยคลอดบุตรหรือยังไม่มีการมีบุตรที่มีชีวิตอยู่เลย มีการทำแห้งผิดกฎหมายสูงกว่าสตรีที่เคยคลอดหรือเคยมีบุตรมาแล้ว 1-2 คน เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็น เพราะว่าสตรีกลุ่มนี้ยังไม่พร้อมในเรื่องฐานะทางเศรษฐกิจสังคมหรืออาจยังไม่ได้ทำการสมรส เมื่อตั้งครรภ์จึงลักลอบทำแห้ง

ตารางที่ 34 อัตราร้อยละของการแท้ง จำแนกตามจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่

ประเภทของการแท้ง	จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่			รวม
	ไม่มีบุตร	มี 1-2 คน	มี 3 คนขึ้นไป	
แท้งเองตามธรรมชาติ	29.7	25.6	17.5	26.6 (402)
ทำแท้งเพื่อการรักษา	36.0	43.1	48.7	40.5 (613)
ทำแท้งผิดกฎหมาย	34.2	31.4	33.8	32.9 (497)
รวม	100.0 (666)	100.0 (692)	100.0 (154)	100.0 (1512)

$X^2 = 15.33$ $P < .05$

การแท้งในอดีต

การแท้งในอดีตของสตรีแต่ละคนนับว่ามีความสำคัญทางด้านสูติศาสตร์ เพราะอาจส่งผลให้สตรีนั้นมีการแท้งหรือการคลอดก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป โดยเฉพาะถ้าการแท้งในอดีตเกิดมีโรคแทรกซ้อน เช่น ติดเชื้อ ก็อาจส่งผลให้มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป เป็นต้น

ในตารางที่ 35 พบว่า มีสตรีที่ไม่เคยแท้งเลยร้อยละ 24.7 และกลุ่มสตรีที่เคยแท้งมาแล้ว ร้อยละ 33.1 อยู่ในกลุ่มของประเภทที่แท้งเองตามธรรมชาติ เหตุที่การแท้งตามธรรมชาติพบมากขึ้นในกลุ่มที่เคยแท้ง อาจเนื่องมาจากการแท้งครั้งก่อนในอดีต ซึ่งถ้าเป็นการทำแท้งและมีการติดเชื้อก็จะทำให้เกิดการแท้งได้ในครรภ์ต่อมา หรือถ้าเคยแท้งมาแล้ว 2 ครั้ง หรือมากกว่า 2 ครั้งก็จะส่งผลกระทบต่อ การตั้งครรภ์ครั้งต่อไป (International Family Planning Perspectives 1982: 31) อย่างไรก็ตามในกลุ่มสตรีที่ไม่เคยแท้งร้อยละ 42.1 มีการทำแท้งเพื่อการรักษาซึ่งนับว่าเป็นสัดส่วนที่สูง ขณะที่พบในกลุ่มสตรีที่เคยแท้งมาแล้วมีเพียงร้อยละ 35.2 ที่ทำแท้งเพื่อการรักษา เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะว่าส่วนมากเป็นการทำแท้งครั้งแรก นอกจากนี้อาจเป็นไปได้ว่าในการทำแท้งประเภทนี้ ส่วนหนึ่งเกิดจากการทำแท้งเนื่องจากการคุมกำเนิดล้มเหลว ดังนั้นหลังทำแท้งแล้วเจ้าหน้าที่ของหน่วยวางแผนครอบครัวควรจะหาวิธีช่วยให้การคุมกำเนิดนั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น

ย้าความ เข้าใจในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดตามที่คู่สมรสปฏิบัติอยู่ เช่น การทำหมันชาย จะได้ผลต่อเมื่อมาตรวจนำเชื้อแล้วไม่พบตัวอสุจิ ซึ่งอาจใช้เวลาานประมาณ 3-6 เดือนหลังผ่าตัด ดังนั้น ระหว่างนี้ถ้าจะมีการร่วมเพศจำเป็นต้องใช้วิธีอื่นป้องกันร่วมด้วย เช่น ใ้ภรรยาฉีดยา หรือ รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด เป็นต้น สุตท้ายพบว่าในกลุ่มสตรีที่ไม่เคยแท้งมาก่อนร้อยละ 33.2 และ สตรีที่เคยแท้งร้อยละ 31.7 ทำแท้งผิดกฎหมาย ซึ่งมีความแตกต่างกันไม่มากนักในประเภทการ ทำแท้งกลุ่มสุดท้ายนี้ แต่ก็มีแนวโน้มที่แสดงให้เห็นว่าการทำแท้งของสตรีมีอายุน้อยที่เป็นการทำแท้งผิด กฎหมายครั้งแรก (Tietze and Henshaw 1986: 117-120) และสุวชัย อินทรประเสริฐ และ คณะ (2531: 60) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์พบว่ามีความสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งแสดง ว่าการแท้งในอดีตมีความสัมพันธ์กับประ เภทของการแท้ง

ตารางที่ 35 อัตราร้อยละของการแท้ง จำแนกตามการแท้งในอดีต

ประ เภทของการแท้ง	การแท้งในอดีต		
	ไม่ เคยแท้ง	เคยแท้ง	รวม
แท้งเองตามธรรมชาติ	24.7	33.1	26.6 (402)
ทำแท้งเพื่อการรักษา	42.1	35.2	40.5 (613)
ทำแท้งผิดกฎหมาย	33.2	31.7	32.9 (497)
รวม	100.0 (1168)	100.0 (344)	100.0 (1512)
	$X^2 = 10.55$	$P < .05$	

จำนวนครั้งของการแท้งในอดีต

ในการศึกษาครั้งนี้ได้คาดว่าจำนวนครั้งของการแท้งในอดีตน่าจะมีความสัมพันธ์กับประ เภท ของการแท้ง โดยที่มีการค้นพบจากการศึกษาหลายๆ โครงการว่า หากสตรีแท้งหรือทำแท้งตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป มักจะเกิดการแท้งเองในครรภ์ต่อไปมากกว่าสตรีที่ไม่เคยทำแท้งเลย หรือเด็กที่เกิด มามักจะมีน้ำหนักน้อย (low birth weight) และอาจคลอดก่อนกำหนด (premature labour)

[ศูนย์ประมวลข่าวสารการอนามัยครอบครัว, ม.ป.ป. Tietze and Henshaw 1986: 117-120]

จากตารางที่ 36 เมื่อพิจารณาเฉพาะในแต่ละประเภทของการแท้งจะพบดังนี้คือ สตรีที่เคยแท้ง 3 ครั้งหรือมากกว่า มีถึงร้อยละ 41.9 จะเกิดการแท้งเองตามธรรมชาติ ในขณะที่สตรีที่เคยแท้ง 2 ครั้งมีเพียงร้อยละ 30.6 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า สตรีที่เคยแท้งหรือเคยทำแท้งมาแล้วมากกว่า 1 ครั้ง จะทำให้เกิดการแท้งเองตามธรรมชาติในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป (ศูนย์ประมวลข่าวสารการอนามัยครอบครัว, ม.ป.ป. อัดสำเนา) นอกจากนี้ถ้าจำนวนการแท้งในอดีตมีมากเท่าไร โอกาสที่จะต้องถูกขูดมดลูกมีมากขึ้นเท่านั้น ในขณะที่เดียวกันยังมีโอกาสติดเชื้อมาร่วมด้วย ซึ่งการติดเชื้อมีผลทำให้ท้องรังไข่ผิดปกติ ทำให้เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ จึงพบว่าร้อยละ 41.9 ในกลุ่มสตรีที่เคยแท้ง 3 ครั้งหรือมากกว่าทำแท้งเพื่อการรักษา และพบน้อยกว่า คือร้อยละ 33.9 ในกลุ่มสตรีที่เคยแท้ง 2 ครั้ง สำหรับการทำให้แท้งผิดกฎหมายนั้น ในกลุ่มสตรีที่มีจำนวนครั้งของการแท้งในอดีต 2 ครั้งร้อยละ 35.5 ในกลุ่มสตรีที่เคยแท้งในอดีต 1 ครั้งร้อยละ 32.5 และในกลุ่มสตรีที่เคยแท้งในอดีต 3 ครั้งหรือมากกว่า 3 ครั้งเพียงร้อยละ 16.1 ทำแท้งผิดกฎหมาย และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าจำนวนครั้งของการแท้งในอดีตของสตรีที่แท้งไม่มีความสัมพันธ์กับประเภทของการแท้ง จึงเป็นการปฏิเสธสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า สตรีที่มีจำนวนการแท้งในอดีตมากกว่า น่าจะทำแท้งผิดกฎหมายมากกว่าสตรีที่มีจำนวนการแท้งในอดีตที่น้อยกว่า เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากการทำแท้งผิดกฎหมายไม่ได้ถูกกำหนดโดยจำนวนการแท้งในอดีตแต่เพียงอย่างเดียว น่าจะมีอิทธิพลของตัวแปรอื่น เช่น รายได้ การศึกษา เข้ามาเกี่ยวข้องอยู่ด้วย แต่เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูลจึงไม่สามารถจะวิเคราะห์ในระดับลึกลงไปอีกได้ อย่างไรก็ตาม ในตารางถัดไปคือตารางที่ 37 ได้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของการแท้งกับชนิดของการแท้งในอดีต

ตารางที่ 36 อัตราร้อยละของการแต่ง จำแนกตามจำนวนครั้งของการแต่งในอดีต

ประเภทของการแต่ง	จำนวนครั้งของการแต่งในอดีต			รวม
	1 ครั้ง	2 ครั้ง	3 ครั้ง+	
แต่งเองตามธรรมชาติ	32.5	30.6	41.9	33.0(114)
ทำแต่งเพื่อการรักษา	34.9	33.9	41.9	35.4(122)
ทำแต่งผิดกฎหมาย	32.5	35.5	16.1	31.6(109)
รวม	100.0(252)	100.0(62)	100.0(31)	100.0(345)

$$X^2 = 4.02$$

$$P > .05$$

ชนิดของการแต่งในอดีต

ชนิดของการแต่งในอดีตมีผลกระทบต่อผลการแต่งในปัจจุบันในแง่ที่ว่า ถ้าการแต่งในอดีตเป็นชนิดแต่งอาเจิน ก็จะทำให้เกิดการแต่งธรรมชาติขึ้นได้เรื่อยๆ ในครรถ่อไป หรือถ้าการแต่งในอดีตนั้นมิใช่ครรถ่อ เช่น การติดเชือกก็ทำให้เกิดการแต่งเองตามธรรมชาติ หรืออาจเกิดการตั้งครรถ่อผิดปกติคือตั้งครรถ่อนอกมดลูกได้ จากตารางที่ 37 ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของการแต่งในอดีตของสตรีที่แต่งกับการแต่งแต่ละประเภท พบว่า ในประเภทที่ในอดีตเคยมีการแต่งเองตามธรรมชาติหรือมีการทำแต่งเพื่อการรักษามาแล้ว ร้อยละ 41.3 และมีที่เคยทำแต่งผิดกฎหมายมาในอดีตเพียงร้อยละ 16.7 เป็นกลุ่มที่แต่งเองตามธรรมชาติในปัจจุบัน นอกจากนี้พบว่ากลุ่มผู้ทีในอดีตเคยมีการแต่งเองตามธรรมชาติและทำแต่งเพื่อการรักษาร้อยละ 41.3 และผู้ที่ทำแต่งผิดกฎหมายในอดีตร้อยละ 38.9 ที่ทำแต่งเพื่อการรักษาในปัจจุบันจะเห็นได้จากตารางเดียวกันนี้ว่ากลุ่มสตรีที่เคยแต่งเองตามธรรมชาติ หรือเคยทำแต่งเพื่อการรักษาในอดีตมีอัตราส่วนสูง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสตรีที่เคยทำแต่งผิดกฎหมายในอดีต ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าการแต่งเองตามธรรมชาติหรือการทำแต่งเพื่อการรักษาในอดีตเกิดจากการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสมในขณะตั้งครรถ่อ เนื่องจากเป็นการตั้งครรถ่อครั้งแรก จึงทำให้เกิดการแต่งเองตามธรรมชาติ หรืออาจเกิดจากความไม่พร้อมที่จะมีบุตรจึงใช้วิธีคุมกำเนิด เมื่อประสบความล้มเหลวในการคุมกำเนิดจึงทำแต่งเพื่อการ

รักษา ซึ่งถ้ามีการแท้งหรือทำแท้งถึง 2 ครั้งหรือมากกว่า ก็จะมีผลต่อการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปคือทำให้เกิดการแท้งเองตามธรรมชาติ คลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักน้อย นอกจากนี้ถ้ามีการแท้งหรือการทำแท้งในอดีตมีการติดเชื้อ (ซึ่งมักเกิดจากการทำแท้งผิดกฎหมาย) อาจส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ผิดปกติ เช่น ตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ในครรภ์ต่อไป (International Family Planning Perspectives 1982: 31 และ Tietze and Henshaw 1986: 117-120) ส่วนสตรีที่มีการทำแท้งผิดกฎหมายในอดีตมีถึงร้อยละ 44.4 ที่ทำแท้งผิดกฎหมายในปัจจุบัน ในขณะที่กลุ่มสตรีที่เคยแท้งเองตามธรรมชาติและทำแท้งเพื่อการรักษาในอดีตเพียงร้อยละ 17.4 ทำแท้งผิดกฎหมายในปัจจุบัน แสดงให้เห็นว่าสตรีที่เคยทำแท้งผิดกฎหมายกลับทำแท้งผิดกฎหมายซ้ำอีก ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า ปัจจุบันการทำแท้งโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครมีคลินิกที่เปิดบริการทางด้านนี้มากและค่อนข้างจะปลอดภัย และแม้ว่าจะมีโรคแทรกซ้อนสตรีเหล่านี้ก็สามารถรับการรักษาได้ในโรงพยาบาลของรัฐ และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยไคสแควร์พบว่า มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าประเภทของการแท้งในอดีตของสตรีที่แท้งมีความสัมพันธ์กับประเภทของการแท้ง

ตารางที่ 37 อัตราร้อยละของการแท้ง จำแนกตามชนิดการแท้งในอดีต

ประเภทของการแท้ง	ชนิดการแท้งในอดีต		
	แท้งเองตามธรรมชาติ	ทำแท้งผิดกฎหมาย ทำแท้งเพื่อการรักษา	รวม
แท้งเองตามธรรมชาติ	41.3	16.7	31.5 (57)
ทำแท้งเพื่อการรักษา	41.3	38.9	40.3 (73)
ทำแท้งผิดกฎหมาย	17.4	44.4	28.2 (51)
รวม	100.0 (109)	100.0 (72)	100.0 (181)

$$X^2 = 19.64$$

$$P < .05$$

การคุมกำเนิดก่อนและหลังแท้ง

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการคุมกำเนิดในอดีตของสตรีที่แท้งกับประเภทของการแท้งในปัจจุบันจากตารางที่ 38 นั้น เกือบไม่พบความแตกต่างกันเลยระหว่างผู้ที่ไม่เคยคุมกำเนิดกับผู้ที่เคยคุมกำเนิด ในกลุ่มประเภทแท้งเองตามธรรมชาติ อย่างไรก็ตามได้พบความแตกต่างบ้างระหว่างสตรีกลุ่มที่ไม่เคยคุมกำเนิดร้อยละ 36.7 และในกลุ่มสตรีที่คุมกำเนิดเพียงร้อยละ 27.6 ที่ทำแท้งผิดกฎหมาย และในกลุ่มสตรีส่วนมากร้อยละ 56.4 ที่เคยคุมกำเนิดมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบกันเพียงร้อยละ 46.0 ของสตรีที่ไม่เคยคุมกำเนิดทำแท้งเพื่อการรักษา ซึ่งใกล้เคียงกับผลงานวิจัยที่ผ่านมา

จากผลงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดก่อนทำแท้ง สรุปว่าสตรีที่แท้งส่วนมากกว่าร้อยละ 50.0 เคยใช้วิธีคุมกำเนิดมาก่อน (Bracken et al., 1972: 967; ลัดดาวัลย์ บรรหารสุภาวาท, 2520: 118-119; สุกานดา สุวนิชชาติ, 2519: 53; สุพร เกิดสว่าง, 2523: 126) และพบว่าสตรีที่มีการคุมกำเนิดหลังการทำแท้งก็มีอัตราส่วนสูงมากเช่นกันคือ ประมาณร้อยละ 80 (Margolis et al., 1974: 56-60 อังาม นามนิตย์ รัตนานุกูล, 2528: 26-27; ลัดดาวัลย์ บรรหารสุภาวาท, 2520: 118-119; Chaturachinda, K. et al., 1981: 257-262) นอกจากนี้พบว่าตัวเลขการคุมกำเนิดในอดีตมาโดดเด่นอยู่ในกลุ่มที่ทำแท้งเพื่อการรักษาเพียงกลุ่มเดียว อาจเป็นเพราะว่าการคุมกำเนิดล้มเหลวเป็นข้อชี้บ่งในการทำแท้งเพื่อรักษาด้วย ดังนั้นถ้าสตรีใดคุมกำเนิดแล้วล้มเหลวเกิดการตั้งครรภ์ แพทย์จะทำแท้งเพื่อรักษาให้ นอกจากนี้อีกส่วนหนึ่งเป็นจุดบกพร่องของข้อมูล ดังจะเห็นว่ามีที่ไม่ตอบถึง 584 ราย ซึ่งอาจจะ เป็นเพราะแพทย์ไม่ได้ซักประวัติเกี่ยวกับเรื่องนี้ และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์พบว่า มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าการคุมกำเนิดก่อนแท้งมีความสัมพันธ์กับประเภทของการแท้ง ตรงกับสมมติฐานที่ว่าสตรีที่ใช้วิธีคุมกำเนิด น่าจะทำแท้งเพื่อรักษามากกว่าสตรีที่ไม่ใช้วิธีคุมกำเนิด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 38 อัตราร้อยละของการแท้ง จำแนกตามการคุมกำเนิดในอดีต

ประเภทของการแท้ง	การคุมกำเนิดในอดีต			รวม
	ไม่เคยคุมกำเนิด	คุมกำเนิด	ไม่ตอบ	
แท้งเองตามธรรมชาติ	17.2	16.0	41.4	25.9 (403)
ทำแท้งเพื่อการรักษา	46.0	56.4	26.7	42.3 (659)
ทำแท้งผิดกฎหมาย	36.7	27.6	31.8	31.8 (495)
รวม	100.0 (441)	100.0 (532)	100.0 (584)	100.0 (1557)

$$\chi^2 = 153.73$$

$$P < 0.5$$

อย่างไรก็ตาม การแท้งประเภทต่างๆ อาจจะมีได้ขึ้นอยู่กับวิธีการคุมกำเนิดเพียงอย่างเดียว ผู้ศึกษาจึงได้นำเอาตัวแปรอายุมาเป็นตัวแปรคุมด้วย (ตารางที่ 39) เพราะจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับประเภทต่างๆ ของการแท้ง จึงคาดว่าอายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดในอดีตด้วย อย่างไรก็ตาม จากผลการทดสอบความสัมพันธ์ที่ได้จากทุกกลุ่มอายุยังเหมือนเดิม กล่าวคือในกลุ่มที่แท้งเองตามธรรมชาติและมีอายุต่ำกว่า 19 ปี พบว่า กลุ่มสตรีที่เคยใช้วิธีคุมกำเนิดในอดีต และกลุ่มที่ไม่เคยคุมกำเนิด มีอัตราส่วนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 11.1 และ 10.6 ตามลำดับที่แท้งเองตามธรรมชาติ ส่วนกลุ่มสตรีที่ไม่คุมกำเนิดในอดีตมีสัดส่วนน้อยกว่ากลุ่มสตรีที่คุมกำเนิดเล็กน้อย คือร้อยละ 35.1 และ 38.9 ตามลำดับ ที่ทำแท้งเพื่อการรักษา นอกจากนี้พบว่ามีสตรีที่ไม่คุมกำเนิดมากกว่าคือร้อยละ 54.3 ในขณะที่กลุ่มที่เคยคุมกำเนิดมีประมาณร้อยละ 50.0 ที่ทำแท้งผิดกฎหมาย แต่ในกลุ่มอายุ 20-29 ปี พบว่าสตรีกลุ่มนี้ที่เคยคุมกำเนิดร้อยละ 15.3 และที่ไม่เคยคุมกำเนิดร้อยละ 15.2 (คือมีประวัติในการคุมกำเนิดไม่ต่างกัน) แท้งเองตามธรรมชาติ ส่วนในประเภททำแท้งเพื่อการรักษาพบว่า พบมากในกลุ่มที่คุมกำเนิดถึงร้อยละ 56.6 ในขณะที่มีสตรีที่ไม่ได้คุมกำเนิดพบเพียงร้อยละ 48.3 และกลุ่มสตรีที่ทำแท้งผิดกฎหมายพบมากในกลุ่มที่ไม่คุมกำเนิดร้อยละ 36.4 และพบในกลุ่มที่เคยคุมกำเนิด 28.2 สำหรับในกลุ่มอายุ 30-39 ปี พบว่า สตรีที่ไม่เคยคุมกำเนิดในสัดส่วนที่มากกว่าคือร้อยละ 27.2 ในขณะที่มีสตรีที่เคยคุมกำเนิดร้อยละ 19.3 แท้งเอง

ตามธรรมชาติ ส่วนการทำแท้งเพื่อการรักษาและการทำแท้งผิดกฎหมายพบในลักษณะเดียวกับกลุ่มอายุอื่น ๆ กล่าวคือพบว่าสตรีที่ไม่ได้คุมกำเนิดมีสัดส่วนน้อยกว่าสตรีที่ได้คุมกำเนิดทำแท้งเพื่อการรักษา ส่วนในกลุ่มที่มีการทำแท้งผิดกฎหมายนั้นพบตรงกันข้ามคือ ในกลุ่มสตรีที่ไม่มีการคุมกำเนิดมีสัดส่วนการทำแท้งผิดกฎหมายมาก ซึ่งแสดงว่ามักจะ เป็นผู้ที่ขาดประสบการณ์ในเรื่องการคุมกำเนิด จึงทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่ปรารถนาขึ้น และนำไปสู่การทำแท้งที่ผิดกฎหมายในที่สุด กลุ่มสุดท้ายคือกลุ่มอายุ 40-49 ปี พบว่า สตรีส่วนมากร้อยละ 30.8 ที่ไม่คุมกำเนิดและที่คุมกำเนิดเพียงร้อยละ 19.0 แท้งเองตามธรรมชาติ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะคิดว่าอายุมากแล้วคงไม่มีบุตรอีก อย่างไรก็ตามพบว่าสตรีที่มีการคุมกำเนิดและไม่คุมกำเนิดมีสัดส่วนแตกต่างกันพอสมควรคือ ร้อยละ 66.7 และร้อยละ 61.5 ทำแท้งเพื่อการรักษา นอกจากนี้พบว่าสตรีกลุ่มอายุนี้ที่มีการคุมกำเนิดร้อยละ 14.3 และที่ไม่คุมกำเนิดร้อยละ 7.7 ทำแท้งผิดกฎหมาย ซึ่งแสดงว่าเมื่อคุมกำเนิดแล้วก็เกิดความผิดพลาดขึ้น กลายเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ปรารถนา เมื่อสตรีเหล่านี้มีอายุมากแล้ว จึงทำให้เกิดการทำแท้งผิดกฎหมายขึ้นได้จะเห็นว่าแม้จะมีตัวแปรอายุมาเป็นตัวแปรคุม ก็ยังพบว่ายังคงมีสัดส่วนของสตรีที่คุมกำเนิดมากกว่ากลุ่มที่ไม่คุมกำเนิดในทุกหมวดอายุที่ทำแท้งเพื่อการรักษา ซึ่งเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์พบว่า มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 แสดงว่าการคุมกำเนิดก่อนการแท้งมีความสัมพันธ์กับประเภทของการแท้ง ซึ่งตรงกับสมมติฐานที่ว่า สตรีที่ใช้วิธีคุมกำเนิดน่าจะแท้งเพื่อรักษา มากกว่าสตรีที่ไม่ใช้วิธีคุมกำเนิด

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 39 อัตราร้อยละของการแต่ง จำแนกตามประวัติคุมกำเนิดในอดีต และอายุ

ประเภทของการแต่ง	ประวัติคุมกำเนิด			รวม
	ไม่คุม	คุม	ไม่ตอบ	
ต่ำกว่า 19 ปี				
แต่งเองตามธรรมชาติ	10.6	11.1	35.8	20.6 (50)
ทำแท้งเพื่อการรักษา	35.1	38.9	21.1	30.5 (74)
ทำแท้งผิดกฎหมาย	54.3	50.0	43.2	49.0 (119)
รวม	100.0 (94)	100.0 (54)	100.0 (95)	100.0 (243)
	$X^2 = 23.44$		$P < .05$	
20-29 ปี				
แต่งเองตามธรรมชาติ	15.3	15.2	37.1	23.8 (214)
ทำแท้งเพื่อการรักษา	48.3	56.6	28.9	43.6 (393)
ทำแท้งผิดกฎหมาย	36.4	28.2	34.0	32.6 (294)
รวม	100.0 (242)	100.0 (309)	100.0 (350)	100.0 (901)
	$X^2 = 77.07$		$P < .05$	
30-39 ปี				
แต่งเองตามธรรมชาติ	27.2	19.3	56.6	34.4 (126)
ทำแท้งเพื่อการรักษา	48.9	60.0	24.8	44.8 (164)
ทำแท้งผิดกฎหมาย	23.9	20.7	18.6	20.8 (76)
รวม	100.0 (92)	100.0 (145)	100.0 (129)	100.0 (366)
	$X^2 = 49.50$		$P < .05$	
40-49 ปี				
แต่งเองตามธรรมชาติ	30.5	19.0	*	30.2 (13)
ทำแท้งเพื่อการรักษา	61.5	66.7	*	55.8 (24)
ทำแท้งผิดกฎหมาย	7.7	14.3	*	14.0 (6)
รวม	100.0 (13)	100.0 (21)	100.0 (9)	100.0 (43)
รวมทุกกลุ่มอายุ				
	100.0 (441)	100.0 (529)	100.0 (583)	100.0 (1553)
	$X^2 = 5.93$		$P > .05$	

* จำนวนตัวอย่างต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10 ราย จะไม่แสดงอัตราส่วน และไม่ตีความข้อมูล

วิธีคุมกำเนิดที่เคยใช้

เกี่ยวกับประวัติการคุมกำเนิดของสตรีนั้น เป็นเรื่องที่น่าสนใจว่าควรจะดูรายละเอียดว่า สตรีเหล่านี้เคยใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีใด ทั้งชนิดที่ใช้ในช่วง 3 เดือนก่อนการตั้งครรภ์ ชนิดที่ใช้และล้มเหลวจนเกิดการตั้งครรภ์ และชนิดที่ใช้หลังการแท้งครั้งนี้ เพื่อเป็นการยืนยันถึงความต้องการคุมกำเนิดว่ามีมากน้อยเพียงใด เช่น คุมกำเนิดถาวรหรือชั่วคราว ถ้าคุมกำเนิดชั่วคราว สตรีเหล่านี้ได้ใช้วิธีที่มีประสิทธิภาพเพียงใด ปฏิบัติถูกต้องหรือไม่ จากตารางที่ 40 เมื่อพิจารณาความแตกต่างของประเภทการแท้งพบว่า เป็นกลุ่มสตรีที่ทำหมันหญิง/หมันชายถึงร้อยละ 97.9 กลุ่มที่ใช้วิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพร้อยละ 59.1 และพบในกลุ่มสตรีที่ใช้ยากิน, ยาฉีด และใส่ห่วงอนามัยร้อยละ 51.9 ทำแท้งเพื่อการรักษา จากข้อมูลนี้จะสังเกตเห็นว่าการทำแท้งในกลุ่มที่ใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ ทำแท้งเพื่อการรักษามากที่สุด เป็นเพราะว่าการทำแท้งเพื่อการรักษา (ในครรภ์นี้) อยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์ที่ทำหมันหรือให้บริการคุมกำเนิดไป แม้ว่าบางครั้งการตั้งครรภ์นี้อาจจะเกิดจากความไม่เข้าใจของคู่สมรสเองก็ตาม เช่น การลืมทานยา หรือฉีดยาไม่ตรงกำหนด หรือสามีทำหมันแล้ว แต่ยังคงจำเป็นต้องคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นก่อนจนกว่าจะตรวจไม่พบเชื้ออสุจิจึงจะไม่ต้องคุม ซึ่งบางครั้งคู่สมรสไม่เข้าใจคิดว่าทำหมันแล้วไม่จำเป็นต้องคุมกำเนิดอีก ซึ่งจุดนี้ผู้ศึกษาคิดว่าเป็นข้อผิดพลาดที่น่าจะแก้ไขได้ โดยการให้ความรู้แก่คู่สมรสเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดที่เขาได้รับไปว่าจะต้องปฏิบัติตนอย่างไรจึงจะได้ผล ซึ่งการให้ความรู้นี้ควรจัดเป็นการส่วนตัว (individual) เพื่อคู่สมรสจะได้ซักถามข้อข้องใจได้ อย่างไรก็ตามเมื่อสตรีกลุ่มนี้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่ปรารถนา แพทย์จะทำแท้งเพื่อการรักษาให้ ข้อมูลที่น่าสนใจในตารางเดียวกันนี้ พบว่า สตรีที่ใช้วิธีคุมกำเนิดโดย ยากิน ยาฉีด และใส่ห่วง ร้อยละ 30.3 สตรีกลุ่มที่คุมด้วยวิธีที่ไม่ค่อยมีประสิทธิภาพคือ การใช้ถุงยางอนามัย นับระยะปลอดภัย หลังภายนอก หรือใช้มากกว่า 1 วิธี ร้อยละ 27.3 และสตรีที่ใช้วิธีคุมกำเนิดถาวรคือ ทำหมันหญิงหมันชาย ในสัดส่วนที่น้อยมากเพียงร้อยละ 2.1 เป็นกลุ่มที่ใช้วิธีการทำแท้งที่ผิดกฎหมาย และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์พบว่า มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าวิธีคุมกำเนิดที่เคยใช้ของสตรีที่แท้งมีความสัมพันธ์กับประเภทของการแท้ง

ตารางที่ 40 อัตราร้อยละของการแท้ง จำแนกตามวิธีคุมกำเนิดที่เคยใช้

ประเภทของการแท้ง	วิธีคุมกำเนิดที่เคยใช้			รวม
	ยากิน, ฉีด, หลั่ง	ถุงยาง, นับระยะ หลังภายนอก มากกว่า 1 วิธี	หมั้นหญิง, หมั้นชาย	
แท้งเองตามธรรมชาติ	17.9	13.6	-	16.1 (85)
ทำแท้งเพื่อการรักษา	51.9	59.1	97.9	56.3 (297)
ทำแท้งผิดกฎหมาย	30.3	27.3	2.1	27.7 (146)
รวม	100.0 (459)	100.0 (22)	100.0 (47)	100.0 (528)

$$X^2 = 36.85$$

$$P < 0.05$$

ชนิดของการคุมกำเนิดที่ใช้ในช่วง 3 เดือนก่อนตั้งครรภ์

จากตารางที่ 41 เมื่อพิจารณาในแต่ละประเภทการแท้งพบว่า กลุ่มสตรีที่แท้งเองตามธรรมชาติคุมกำเนิดโดยการ กินยา ฉีดยา และใส่ห่วงอนามัยร้อยละ 12.3 ซึ่งใกล้เคียงกับการใช้วิธีคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพคือ ใช้ถุงยางอนามัย นับระยะปลอดภัย หลังภายนอก และใช้มากกว่า 1 วิธี มีร้อยละ 12.5 มีการแท้งเองตามธรรมชาติ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มสตรีที่คุมกำเนิดด้วยการทำหมั้นหรือสามี เป็นผู้ทำหมั้นร้อยละ 97.8 กลุ่มที่ใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพน้อยมีร้อยละ 58.3 และกลุ่มสตรีที่ใช้วิธีคุมกำเนิดแบบยากิน ยาฉีด ใส่ห่วงอนามัย ร้อยละ 54.8 ทำแท้งเพื่อการรักษาสุดท้ายพบว่า สตรีที่คุมกำเนิดโดยการกินยา ฉีดยา และใส่ห่วง ร้อยละ 33.0 คุมกำเนิดโดยการ ใช้ถุงยาง นับระยะปลอดภัย หลังภายนอก และใช้มากกว่า 1 วิธี ร้อยละ 29.2 และผู้ที่ทำหมั้นหญิง หมั้นชาย ร้อยละ 2.2 ทำแท้งผิดกฎหมาย จากตัวเลขที่แสดงให้เห็นถึงวิธีการคุมกำเนิดของสตรีสองกลุ่มคือ กลุ่มทำแท้งเพื่อการรักษากับกลุ่มทำแท้งผิดกฎหมาย จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า ผู้ที่ทำแท้งเพื่อการรักษากลุ่มนี้นั้นแต่เดิมมีความตั้งใจมุ่งมั่นที่จะยุติการตั้งครรภ์ โดยการคุมกำเนิดชนิดถาวร ดังนั้นเมื่อมีข้อผิดพลาดขึ้นแพทย์จึงยินยอมทำแท้งให้ ส่วนผู้ใช้วิธีคุมกำเนิดชั่วคราวซึ่งมีสัดส่วนค่อนข้าง

น้อย เมื่อตั้งครรภ์แล้วก็จะใช้วิธีฉีกลอกท่าแห้งผิดกฎหมาย เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ พบว่า มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าชนิดของการคุมกำเนิด 3 เดือนก่อนตั้งครรภ์ของสตรีที่แห้ง มีความสัมพันธ์กับประเภทของการแห้ง

ตารางที่ 41 อัตราร้อยละของการแห้ง จำแนกตามชนิดการคุมกำเนิด 3 เดือนก่อนตั้งครรภ์

ประเภทของการแห้ง	ชนิดการคุมกำเนิด			รวม
	ยากิน, ฉีด, ท่าง	ถุงยาง, นับระยะ หลังภายนอก มากกว่า 1 วิธี	หมั้นหญิง, หมั้นชาย	
แห้งเองตามธรรมชาติ	12.3	12.5	-	10.6 (35)
ทำแห้งเพื่อการรักษา	54.8	58.3	97.8	61.0 (202)
ทำแห้งผิดกฎหมาย	33.0	29.2	2.2	28.4 (94)
รวม	100.0 (261)	100.0 (24)	100.0 (46)	100.0 (331)

$$X^2 = 30.60$$

$$P < 0.05$$

ชนิดของการคุมกำเนิดที่ใช้และล้มเหลวจนเกิดการตั้งครรภ์

ในตารางที่ 42 พบแบบแผนความสัมพันธ์ เช่นเดียวกับที่พบมาแล้วในตารางที่ 40, 41 ในกลุ่มท่าหมั้นหญิงหรือที่มีสามีท่าหมั้นชาย ร้อยละ 97.8 กลุ่มที่ใช้การคุมกำเนิดโดยวิธีกินยา ฉีดยา และใส่ห่วง ร้อยละ 77.5 และกลุ่มที่ใช้วิธีคุมกำเนิดโดยการใส่ถุงยาง นับระยะปลอดภัย หลังภายนอก และใช้มากกว่า 1 วิธี ร้อยละ 63.6 มีการทำแห้งเพื่อการรักษา ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มที่ทำแห้งเพื่อการรักษาได้รับการคุมกำเนิดจากโรงพยาบาล และเมื่อมีข้อผิดพลาดในการคุมกำเนิดจนเกิดการตั้งครรภ์ ทางโรงพยาบาลจะรับผิดชอบโดยการทำแห้งเพื่อการรักษาให้ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มที่ใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดถาวรร้อยละ 2.2 กลุ่มที่ใช้วิธีคุมกำเนิดแบบกินยา ฉีดยา และใส่ห่วงอีกร้อยละ 18.0 และกลุ่มที่ใช้วิธีคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ถุงยาง นับระยะ

ปลอดภัย หลังภายนอก หรือใช้มากกว่า 1 วิธี ร้อยละ 27.3 มีการทำแท้งผิดกฎหมาย และเมื่อตั้งครรภ์ที่ไม่ปรารถนาสตรีเหล่านี้จะหลีกเลี่ยงทำแท้งผิดกฎหมาย จะเห็นว่าผลการศึกษารึ้นนี้ตรงกับการศึกษาหลายๆ โครงการที่ผ่านมาคือ ส่วนใหญ่ของผู้ทำแท้งนั้น มักจะเป็นผู้ที่เคยใช้วิธีการคุมกำเนิดมาก่อน และส่วนหนึ่งเป็นการแสดงถึงความล้มเหลวในการคุมกำเนิด (Ross et al., 1972 อ้างถึงใน ลัดดาวัลย์ บรรหารสุกวาท 2520: 118-119) ซึ่งเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์พบว่า มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าวิธีคุมกำเนิดที่ใช้และล้มเหลวจนเกิดการตั้งครรภ์ของสตรีที่แท้งเหล่านี้ มีความสัมพันธ์กับประเภทของการแท้ง

ตารางที่ 42 อัตราร้อยละของการแท้ง จำแนกตามชนิดของการคุมกำเนิดที่ใช้และล้มเหลวจนเกิดการตั้งครรภ์

ประเภทของการแท้ง	ชนิดการคุมกำเนิด			รวม
	ยากิน, ฉีด, ท่วง หลังภายนอก มากกว่า 1 วิธี	ถุงยาง, นีบระยะ	หมั้นหญิง, หมั้นชาย	
แท้งเองตามธรรมชาติ	4.5	9.1	-	3.4 (5)
ทำแท้งเพื่อการรักษา	77.5	63.6	97.8	82.8 (120)
ทำแท้งผิดกฎหมาย	18.0	27.3	2.2	13.8 (20)
รวม	100.0 (89)	100.0 (11)	100.0 (45)	100.0 (145)

$$X^2 = 30.60$$

$$P < 0.05$$

ชนิดของการคุมกำเนิดที่ใช้หลังแท้งครั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจากกล่าวได้ว่า การทำแท้งเป็นแรงจูงใจให้มีการใช้วิธีคุมกำเนิดหลังแท้งมากขึ้น เพราะจะพบว่าผู้ที่เคยทำแท้งมาแล้วจะใช้วิธีคุมกำเนิดมากกว่าพวกที่ไม่เคยทำแท้งมาก่อนเลย (งามนิศย์ รัตนานุกูล, 2528: 26-27; ลัดดาวัลย์ บรรหารสุภาพ, 2520: 118-119; Chaturachinda, K. et al., 1981: 257-262)

จากตารางที่ 43 พบว่า เมื่อพิจารณาเฉพาะในแต่ละประเภทของการทำแท้งจะพบว่าในกลุ่มมีการทำหมันหญิงหรือหมันชายหลังแท้งถึงร้อยละ 75.3 เป็นผู้ที่ผ่านการทำแท้งเพื่อการรักษา ขณะที่มีเพียงร้อยละ 19.5 ของผู้ที่ยังคุมกำเนิดชั่วคราวโดยยากิน ยาฉีด ใสห่วงอนามัย และเพียงร้อยละ 6.4 ที่ยังไม่ยอมใช้วิธีใด แต่ปรึกษาหน่วยวางแผนครอบครัวเป็นผู้ที่ผ่านการทำแท้งเพื่อการรักษา อีกกลุ่มหนึ่งคือผู้ที่กำลังปรึกษาหน่วยวางแผนครอบครัวมากถึงร้อยละ 87.2 ผู้ที่ใช้วิธีคุมกำเนิดโดยการกินยา ฉีดยา และใสห่วงอนามัย ร้อยละ 78.7 และมีผู้ที่ทำหมันหญิงหรือสามีทำหมันชาย ร้อยละ 15.7 เป็นผู้ที่ได้มีการทำแท้งผิดกฎหมาย จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าในกลุ่มของผู้ที่ใช้วิธีคุมกำเนิดหลังการแท้งแต่ละวิธี มีสัดส่วนของผู้ที่เคยทำแท้งเพื่อการรักษา และทำแท้งผิดกฎหมายแตกต่างกันมาก ทั้งนี้อาจจะ เป็นเพราะว่าผู้ที่คุมกำเนิดล้มเหลวและต้องทำแท้งเพื่อการรักษา จึงจำเป็นต้องตัดสินใจทำหมันหลังการแท้ง รวมทั้งอาจเป็นเพราะตนมีบุตรมากพอแล้ว ส่วนกลุ่มสตรีที่อยู่ในประเภทใช้การคุมกำเนิดแบบด้อยประสิทธิภาพ หรือที่ใช้การปรึกษาหน่วยวางแผนครอบครัว ส่วนมากยังไม่มียุติหรือมีบุตรน้อย หรืออาจจะยังไม่ได้ทำการสมรสจึงยังอยู่ระหว่างตัดสินใจ และจำเป็นต้องปรึกษากับหน่วยวางแผนครอบครัว และมีบางส่วนของสตรีกลุ่มนี้ที่ใช้วิธีคุมกำเนิดชั่วคราว ส่วนการทำหมันหญิงหมันชายมีน้อยมากด้วย เหตุผลดังกล่าวข้างต้น อย่างไรก็ตาม เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์พบว่า มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าชนิดของการคุมกำเนิดหลังแท้งของสตรีที่แท้งมีความสัมพันธ์กับประเภทของการแท้ง

ตารางที่ 43 อัตราร้อยละของการแท้ง จำแนกตามชนิดของการคุมกำเนิดที่ใช้หลังแท้ง

ประเภทของการแท้ง	ชนิดการคุมกำเนิด			รวม
	ยาเกิน, ฉีด, ท่วง	หมั้นหญิง, หมั้นชาย	ปรึกษาหน่วย วางแผน ครอบครัว	
แท้งเองตามธรรมชาติ	1.8	9.0	6.4	6.2 (29)
ทำแท้งเพื่อการรักษา	19.5	75.3	6.4	48.7 (227)
ทำแท้งผิดกฎหมาย	78.7	15.7	87.2	45.1 (210)
รวม	100.0 (164)	100.0 (255)	100.0 (47)	100.0 (466)
	$X^2 = 199.73$		$P < 0.05$	

กล่าวโดยสรุปจากตารางที่ 40, 41, 42 และ 43 ซึ่งเป็นตารางที่เกี่ยวข้องกับวิธีคุมกำเนิดที่เคยใช้ (ในอดีต 3 เดือนก่อนตั้งครรภ์ คุมกำเนิดแล้วล้มเหลวจนเกิดการตั้งครรภ์ และการคุมกำเนิดหลังแท้งครั้งนี้) พบว่า กลุ่มที่ทำหมั้นหญิงและหมั้นชายส่วนมาก มีการทำแท้งเพื่อการรักษา มากกว่าสตรีที่ใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดอื่น ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ สตรีที่ใช้วิธีคุมกำเนิดน่าจะแท้งเพื่อการรักษา มากกว่าสตรีที่ไม่ใช้วิธีคุมกำเนิด แต่การที่สตรีเหล่านี้ใช้วิธีคุมกำเนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เป็นวิธีคุมกำเนิดชนิดถาวรและการคุมกำเนิดชั่วคราวแบบมีประสิทธิภาพแล้วยังเกิดการตั้งครรภ์ขึ้น อาจมีสาเหตุมาจากหลายประการดังนี้

ในกรณีของการทำหมั้นชายอาจเป็นไปได้ว่าสามีไม่ทราบว่าจำเป็นต้องมีการคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นด้วยเสียก่อนสักระยะหนึ่ง (อาจจะประมาณ 3 เดือนหรือกว่านั้น) จนกว่าจะตรวจน้ำเชื้อไม่พบตัวอสุจิจึงจะเลิกคุมกำเนิดได้ ซึ่งการแก้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องนี้แพทย์หรือพยาบาลควรจะมีพิมพ์เอกสารแจกให้ไปด้วย หรืออาจให้คำแนะนำเพิ่มเติม เป็นรายบุคคลที่ขอรับบริการ หรือในกรณีของการทำหมั้นหญิง เมื่อผูกท่อรังไข่หรือตัดแล้วก็ตาม ท่อรังไข่ก็อาจมีโอกาสมาดูดกันได้อีก ปัจจุบัน

แพทย์ได้หาวิธีแก้ไขได้แล้วโดยการที่หลังจากตัดท่อรังไข่แล้วจับแยกกันไว้คนละชั้น ท่อรังไข่จะไม่มีโอกาสมาต่อกันได้อีก

ส่วนในกรณีที่คุมกำเนิดโดยวิธีกินยาโอกาสพลั้งพลาดจนเกิดการตั้งครรภ์เกิดขึ้นมีได้มาก ถ้าลืมกินยา หรือยาจืดก็มีโอกาสพลาดได้หากไม่ฉีดยาให้ตรงตามกำหนด ส่วนการใส่ห่วงอนามัยนั้น เมื่อใส่ไปแล้วควรมาตรวจตามแพทย์นัดคือทุก 6 เดือน 2 ครั้ง และต่อไปควรมาตรวจทุก 1 ปี นอกจากนี้จะต้องตรวจด้วยตนเองว่าห่วงยังอยู่ในตำแหน่งที่แพทย์ใส่ไว้บนโพรงมดลูกหรือไม่ ซึ่งแพทย์จะแนะนำวิธีการตรวจห่วงด้วยตนเองให้ทุกราย ดังนั้นถ้าทุกฝ่ายได้ร่วมมือกันให้สตรีเหล่านี้ และคู่สมรสทราบรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนขณะมีการคุมกำเนิดน่าจะลดปัญหาการตั้งครรภ์ในระหว่างคุมกำเนิดได้มาก

สำหรับการคุมกำเนิดหลังการแท้ง (ตารางที่ 43) พบว่า มีสัดส่วนของผู้ที่ใช้วิธีคุมกำเนิดถาวรคือ หมันหญิงหรือหมันชายมากที่สุดในกลุ่มของผู้ที่แท้งเพื่อการรักษา ขณะที่พบว่าสัดส่วนของผู้ที่ยังไม่ตัดสินใจทำแท้งโดยปรึกษาหน่วยวางแผนครอบครัวสูงสุดในกลุ่มผู้ที่แท้งผิดกฎหมาย

อายุครรภ์

อายุครรภ์มีความสำคัญมากในด้านความปลอดภัยของสตรีที่แท้งและที่จะทำแท้ง ในประเทศที่เจริญแล้วส่วนมากสตรีจะทำแท้งได้โดยปลอดภัยหากอายุครรภ์ไม่เกิน 8 สัปดาห์ เพราะการทำแท้งนั้น ยิ่งทำเมื่ออายุครรภ์น้อยเท่าไรก็จะปลอดภัยมากขึ้นเท่านั้น (Titze and Henshaw 1986: 78-80 และ Amorn Koetsawang et al., 1986: 8-16)

จากตารางที่ 44 เมื่อพิจารณาในแต่ละประเภทของการแท้ง โดยดูจากอายุครรภ์ในกลุ่มสตรีพบว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างอายุครรภ์กับการแท้งเองตามธรรมชาติ กล่าวคือ เมื่ออายุครรภ์มากขึ้นจะมีการแท้งเองตามธรรมชาติในอัตราส่วนที่เพิ่มขึ้นดังนี้ อายุครรภ์ต่ำกว่า 12 สัปดาห์พบร้อยละ 10.1 อายุครรภ์ 13-24 สัปดาห์พบร้อยละ 40.9 และอายุครรภ์ 25-27 สัปดาห์พบร้อยละ 72.2 ส่วนประเภทการทำแท้งผิดกฎหมายนั้นพบว่าร้อยละ 42.6 ของสตรีที่มีอายุครรภ์ 13-24 สัปดาห์ ในอายุครรภ์ต่ำกว่า 12 สัปดาห์ร้อยละ 27.6 และอายุครรภ์ 25-27 สัปดาห์ร้อยละ 21.6 ทำแท้งผิดกฎหมาย เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าขณะที่อายุครรภ์ยังน้อย สตรีเหล่านี้ยังไม่แน่ใจว่าตนเองตั้งครรภ์ จนเมื่ออายุครรภ์ได้ 13-24 สัปดาห์จึงแน่ใจว่าตั้งครรภ์ จึงมีการทำแท้งมากในช่วงนี้ และการทำแท้งผิดกฎหมายน้อยกว่าการแท้งประเภทอื่นๆ ในช่วงอายุครรภ์ 25-27 สัปดาห์เพราะเกรงอันตราย อีกประการหนึ่งก็คือ สตรีบางส่วนอาจจะไปทำแท้ง

ตั้งแต่อายุครรภ์ยังน้อย และการทำแท้งนั้นไม่มีโรคแทรกซ้อน จึงไม่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงทำให้พบว่าการทำแท้งผิดกฎหมายน้อยในกลุ่มอายุครรภ์ต่ำกว่า 12 สัปดาห์ สำหรับประเภทการทำแท้งเพื่อการรักษานั้น พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางลบกับอายุครรภ์คือ เมื่ออายุครรภ์มากขึ้น การทำแท้งเพื่อการรักษาจะลดลงดังนี้ กลุ่มที่มีอายุครรภ์ต่ำกว่า 12 สัปดาห์พบร้อยละ 62.3 กลุ่มอายุครรภ์ 13-24 สัปดาห์ร้อยละ 16.4 กลุ่มอายุครรภ์ 25-27 สัปดาห์ร้อยละ 6.2 เหตุที่เป็นดังนี้อาจเป็นเพราะว่า การทำแท้งเพื่อการรักษานั้นอยู่ในดุลยพินิจของคณะแพทย์ ซึ่งถ้าเห็นว่าอายุครรภ์มากและผู้ป่วยจะต้องเสี่ยงอันตรายมากก็อาจจะไม่ทำแท้ง หรือถ้าจำเป็นจริงๆ แพทย์ก็จะหาวิธีทำแท้งที่เหมาะสมและปลอดภัยไว้ โดยเฉพาะในการทำแท้งเนื่องจากการคุมกำเนิดล้มเหลว มักจะทำเมื่ออายุครรภ์ไม่เกิน 8 สัปดาห์ ดังนั้นจึงพบการทำแท้งเพื่อการรักษาในกลุ่มสตรีที่มีอายุครรภ์น้อย เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ พบว่ามีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าอายุครรภ์ของสตรีที่แท้งมีความสัมพันธ์กับประเภทของการแท้ง

ตารางที่ 44 อัตราร้อยละของการแท้ง จำแนกตามอายุครรภ์ (สัปดาห์)

ประเภทของการแท้ง	อายุครรภ์ (สัปดาห์)			
	ต่ำกว่า 12	13-24	25-27	รวม
แท้งเองตามธรรมชาติ	10.1	40.9	72.2	26.6 (393)
ทำแท้งเพื่อการรักษา	62.3	16.4	6.2	40.2 (594)
ทำแท้งผิดกฎหมาย	27.6	42.6	21.6	33.3 (492)
รวม	100.0 (786)	100.0 (596)	100.0 (97)	100.0 (1479)

$X^2 = 437.73$ $P < 0.05$

วิธีการรักษาของแพทย์

เมื่อศึกษาถึงวิธีการรักษาของแพทย์กับประเภทของการแท้ง จากตารางที่ 45 พบว่า กลุ่มสตรีที่แท้งส่วนมากแพทย์จะรักษาโดยวิธีการขูดมดลูก คือมีร้อยละ 38.7 ของสตรีที่แท้งทั้งหมด และกลุ่มที่รักษาโดยการผ่าตัดร้อยละ 29.7 อันดับต่อมาเป็นกลุ่มที่แท้งเองและให้ยา ร้อยละ 19.0 กลุ่มที่แพทย์ใช้วิธีปรับประจำเดือน ดูดสูญญากาศ ขูดและขูดมดลูก และขูดมดลูก ร้อยละ 12.6 เหตุที่พบว่าแพทย์รักษาโดยวิธีการขูดมดลูก เป็นส่วนใหญ่ เพราะผู้ป่วยส่วนมากแท้งมาแล้ว (ไม่ว่าจะแท้งเองหรือทำแท้ง) และมาพบแพทย์เมื่อแพทย์ตรวจพบว่ามีเศษรกตกค้างจึงขูดมดลูกให้ และเมื่อพิจารณาในแต่ละประเภทของการแท้ง พบว่า ในกลุ่มสตรีที่แท้งเอง หรือให้ยาเห็นร้อยละ 68.2 เป็นการแท้งเองตามธรรมชาติ ส่วนวิธีรักษาโดยขูดและขูดมดลูกพบน้อยเพียงร้อยละ 11.4 สำหรับประเภทที่ทำแท้งเพื่อการรักษานั้นพบในกลุ่มที่แพทย์ให้การรักษาโดยการผ่าตัดร้อยละ 95.4 รองลงมาก็คือการปรับประจำเดือนร้อยละ 77.2 เหตุที่พบเช่นนี้ เพราะการทำแท้งเพื่อการรักษาได้รวมเอาสตรีที่ตั้งครรภ์นอกมดลูก ซึ่งจำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัดท้องไว้ ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์นอกมดลูกถึง 417 ราย จากจำนวนที่ทำแท้งเพื่อการรักษาทั้งสิ้น 663 ราย นอกจากนี้ผู้ศึกษายังได้รวมเอาการตั้งครรภ์ไข่ปลากุยกี้เข้าไว้ในกลุ่มการทำแท้งเพื่อการรักษาด้วย ซึ่งในบางรายต้องทำผ่าตัดมดลูกทิ้ง (hysterectomy) จึงทำให้การรักษาโดยการผ่าตัดสูงมากในกลุ่มนี้ ส่วนในกรณีที่เป็นต้องทำแท้งตามความเห็นของคณะแพทย์ ซึ่งมักจะใช้วิธีปรับประจำเดือน ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับอายุครรภ์ยังน้อยอยู่

อย่างไรก็ตาม พบว่า พวกที่รักษาโดยวิธีขูดมดลูกสูงถึงร้อยละ 63.2 เป็นผู้ที่ทำแท้งผิดกฎหมาย รองลงมาก็คือใช้วิธีรักษาโดยการให้ยาร้อยละ 26.4 เหตุผลก็คือสตรีกลุ่มนี้มักลอบทำแท้งมาและเกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งอาจเกิดการตกเลือดหรือติดเชื้อ แพทย์จึงมักให้การรักษาด้วยวิธีขูดมดลูกและให้ยาดังกล่าว เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ พบว่า มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่า วิธีการรักษาของแพทย์มีความสัมพันธ์กับประเภทของการแท้งและการทำแท้ง

ตารางที่ 45 อัตราร้อยละของการแท้ง จำแนกตามวิธีการรักษาของแพทย์

ประเภทของการแท้ง	วิธีการรักษาของแพทย์				รวม
	ปรับประจำเดือน, ขูดมดลูก ดูดสุญญากาศ, ดูดและขูดมดลูก, ให้ยากระตุ้น และขูดมดลูก	ให้ยา, แท้งเอง, เหน็บยา	ผ่าตัด (Salpingec- tomy และ Hysterectomy)		
แท้งเองตามธรรมชาติ	11.4	28.5	68.2	.9	25.7(394)
ทำแท้งเพื่อการรักษา	77.2	8.3	5.5	95.4	42.3(648)
ทำแท้งผิดกฎหมาย	11.4	63.2	26.4	3.7	32.0(491)
รวม	100.0(193)	100.0(593)	100.0(292)	100.0(455)	100.0(1533)

$$X^2 = 1268.71 \quad P < 0.05$$

เหตุผลในการทำแท้ง

สำหรับเหตุผลในการทำแท้งนี้ อาจถือได้ว่าเป็นตัวแปรหนึ่งที่ชี้แนะให้เห็นแนวทางว่าควรจัดการแก้ไข เรื่องการทำแท้งอย่างไร โดยเฉพาะการวางแผนป้องกันการทำแท้งผิดกฎหมาย จากการศึกษาหลายๆ โครงการพบว่า มูลเหตุที่จูงใจให้สตรีลักลอบทำแท้งนั้น ส่วนมากมักมีปัญหาด้าน เศรษฐกิจ ความไม่พร้อม ความแตกร้างภายในครอบครัว (สุพร เกิดสว่าง 2523: 123 และ Amorn Koetsawang, et al., 1986: 6-7)

จากตารางที่ 46 จะเห็นว่าเหตุผลในการทำแท้งของกลุ่มทำแท้งเพื่อการรักษา และกลุ่มทำแท้งผิดกฎหมายนั้นแตกต่างกันโดยสิ้นเชิง กล่าวคือ ในกลุ่มทำแท้งเพื่อการรักษานั้นร้อยละ 77.9 ทำแท้งด้วยเหตุผลด้านสุขภาพมารดา ถูกข่มขืน ตั้งครรภ์ไขปลาคอก ตั้งครรภ์นอกมดลูก ร้อยละ 11.8 ทำแท้งเนื่องจากการคุมกำเนิดล้มเหลว และร้อยละ 9.4 เป็นการแท้งจากเด็กพิการ ส่วนการทำแท้งผิดกฎหมายนั้นร้อยละ 50.9 มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และร้อยละ 23.1 มีปัญหาครอบครัว

และร้อยละ 23.5 ทำแท้งเนื่องจากเป็นโสด หม้าย หย่า แยก นักศึกษา และโสดเพศ ส่วนเหตุผลทางด้านสุขภาพนั้นมีน้อยมาก ซึ่งตรงกับสมมติฐานที่ว่าสตรีที่มีเหตุผลในการทำแท้งเพื่อสุขภาพน่าจะ ทำแท้งผิดกฎหมายน้อยกว่าสตรีที่มีเหตุผลอื่น เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์พบว่า มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าเหตุผลในการทำแท้งมีความสัมพันธ์กับประเภทของการทำแท้ง

ตารางที่ 46 อัตราร้อยละของสตรี จำแนกตามเหตุผลในการทำแท้งแต่ละประเภท

เหตุผลในการทำแท้ง	ประเภทของการทำแท้ง		
	ทำแท้ง เพื่อการรักษา	ทำแท้ง ผิดกฎหมาย	รวม
คุมกำเนิดล้มเหลว	11.8	2.1	9.3 (82)
สุขภาพมารดา ช้ำขื่น ปลายอก นอกมดลูก	77.9	.4	57.2 (506)
เด็กพิการ	9.4	-	6.9 (61)
ปัญหาครอบครัว	.3	23.1	6.3 (56)
ปัญหาเศรษฐกิจ	.2	50.9	13.6 (120)
โสด หม้าย หย่า แยก นักศึกษา โสดเพศ	.6	23.5	6.7 (59)
รวม	100.0 (650)	100.0 (234)	100.0 (884)

$$\chi^2 = 820.59 \quad P < 0.05$$

กล่าวโดยสรุปเกี่ยวกับการแท้งครั้งนี้ จากตารางที่ 44, 45 และ 46 (ทั้งที่แท้งเองตามธรรมชาติ การทำแท้งเพื่อการรักษา และการทำแท้งผิดกฎหมาย) พบว่า สตรีส่วนใหญ่ที่มีอายุครรภ์ต่ำกว่า 12 สัปดาห์ทำแท้งเพื่อการรักษา ส่วนการรักษาของแพทย์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นั้นพบว่าส่วนมากใช้วิธีทำผ่าตัด รองลงมาคือ การปรับประจำเดือน และการขูดมดลูก เหตุที่พบว่าใช้วิธีผ่าตัดมากเป็นเพราะผู้ศึกษาได้รวมการตั้งครรภ์นอกมดลูก และการตั้งครรภ์ไข่ปลาลูก เข้าไว้ในกลุ่มประเภทการทำแท้งเพื่อการรักษาด้วย ซึ่งในการรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูกจะใช้วิธีผ่าตัด ส่วนการปรับ

ประจำเดือนมักจะใช้ในกรณีที่ต้องการตั้งครรรภ์นั้นเกิดจากการคุมกำเนิดล้มเหลว ส่วนการคุมดลูกจะใช้ในกรณีที่แท้งแล้วมีชิ้นส่วนตกค้างจึงต้องคุมดลูก สำหรับเหตุผลที่ท้าแท้งสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา คือ การท้าแท้งผิดกฎหมายนั้นมีเหตุผลทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และปัญหาครอบครัว ส่วนการท้าแท้งเพื่อการรักษานั้นมีเหตุผลทางด้านสุขภาพมารดา

จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสำคัญในแง่ของเศรษฐกิจ กล่าวคือ การที่สตรีเหล่านี้ยังใช้เวลามากเท่าไรในการอยู่โรงพยาบาล ย่อมจะทำให้เกิดผลเสียหายในเรื่องการทำงานของตน ตลอดจนการเสียค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น และเสียจำนวนเตียงแทนที่จะรับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่จำเป็น จากตารางที่ 47 จะพบว่า สตรีกลุ่มที่ท้าเองตามธรรมชาติส่วนมาก ร้อยละ 89.4 ใช้เวลารักษาตัวในโรงพยาบาลเพียง 2-7 วัน รองลงมาคือ ร้อยละ 8.7 ใช้เวลารักษาตัว 8-14 วัน ส่วนผู้ที่อยู่โรงพยาบาลถึง 15 วันมีเพียงร้อยละ 1.5 สำหรับกลุ่มที่ท้าแท้งเพื่อการรักษาพบว่า ส่วนมากร้อยละ 58.5 ใช้เวลารักษาตัวในโรงพยาบาลเพียง 2-7 วัน อีกร้อยละ 17.9 ไม่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (คือไม่ค้างคืน) ร้อยละ 16.7 อยู่โรงพยาบาลนาน 8-14 วัน และมีร้อยละ 6.8 ที่อยู่โรงพยาบาลนานเกินกว่า 15 วัน เนื่องจากต้องรับการรักษาครรภ์ไข่ปลาคอทูนาที่มีอันตราย ซึ่งอาจกลายเป็นมะเร็งได้ ส่วนกลุ่มที่ท้าแท้งผิดกฎหมายนั้นพบว่าร้อยละ 82.3 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2-7 วัน ร้อยละ 14.5 เข้ารับการรักษาตัว 8-14 วัน และร้อยละ 3.2 เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 15 วันขึ้นไป

จะเห็นได้ว่าการท้าแท้งทั้ง 3 ประเภทนี้มักจะใช้เวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 2-7 วัน รองลงมาคือผู้ที่อยู่ในโรงพยาบาลนาน 8-14 วัน ในบรรดาผู้ที่ท้าแท้ง 3 กลุ่มพบว่า กลุ่มที่ท้าแท้งเพื่อการรักษามีสัดส่วนของการอยู่ในโรงพยาบาลนาน 15 วันมากที่สุด เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะผู้ศึกษาได้จัดกลุ่มการท้าแท้งเนื่องจากการตั้งครรรภ์ผิดปกติ เช่น การตั้งครรรภ์ไข่ปลาคอทูนา ซึ่งมีทั้งสิ้น 92 ราย การตั้งครรรภ์นอกมดลูก 416 ราย เข้าไว้ในกลุ่มที่ท้าแท้งเพื่อการรักษาเนื่องจากข้อชี้บ่งของแพทย์จากเหตุผลทางด้านสุขภาพมารดา ทารกพิการ ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และการคุมกำเนิดล้มเหลว จำนวน 155 ราย เมื่อรวมการท้าแท้งเพื่อการรักษาทั้งสิ้นจึงเป็น 663 ราย จากตัวเลขดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า เหตุที่สตรีกลุ่มนี้เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานวันเนื่องมาจากการท้าผ่าตัดต่อรังไข่ซึ่งต้องใช้เวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 5-7 วัน และสำหรับการตั้งครรรภ์ไข่ปลาคอทูนา ก็เช่นกัน ถ้าผลการตรวจพบว่าสตรีที่ตั้งครรรภ์ไข่ปลาคอทูนาเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

ต่อการจะกลายเป็นมะเร็ง * (สุจิต ผ่าสวัสดี และคณะ 2525: 152) แพทย์ทำการรักษาโดยให้ยาที่มีพิษต่อเซลล์ โดยจะมีการให้ยาเป็นชุด และแพทย์จะติดตามผลการรักษา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมาก เพื่อจะได้วินิจฉัยและสามารถให้การรักษาได้ทันเวลาที่ถ้าพบว่ากลายเป็น Invasive mole หรือมะเร็งครรภ์ไข่ปลาอุก ในปัจจุบันยังไม่สามารถกำหนดได้แน่นอนว่าจะหยุดติดตามผลการรักษาและอนุญาตให้ตั้งครรภ์ได้เมื่อไร แต่เนื่องจากพบว่าอุบัติการณ์ของการกลายเป็นมะเร็งสูง ในปีแรกหลังจากตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก (สุจิต ผ่าสวัสดี และคณะ 2525: 154) ดังนั้นส่วนมากแพทย์จะติดตามผลการรักษาอย่างน้อย 1 ปี ถ้าสามารถติดตามผู้ป่วยได้ใกล้ชิดและไม่พบภาวะแทรกซ้อน อาจอนุญาตให้ตั้งครรภ์ได้ภายหลังการตรวจปริมาณ hCG ให้ผลลบติดต่อกันเป็นเวลา 6 เดือน ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้สตรีที่ตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกใช้เวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าการแท้งชนิดอื่น ๆ และเมื่อรวมเอาการรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูก และการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกเข้าไว้ในกลุ่มการทำแท้งเพื่อการรักษา จึงทำให้จำนวนวันในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของสตรีกลุ่มนี้สูงมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ และเพื่อเป็นการยืนยันข้อเท็จจริงเรื่องนี้ ผู้ศึกษาจึงได้หาค่าเฉลี่ยจำนวนวันในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นดังนี้ การแท้งเองตามธรรมชาติ 4.5 วัน การทำแท้งผิดกฎหมาย 6.1 วัน การทำแท้งโดยมีข้อบ่งชี้ของแพทย์ (ได้แก่ สุขภาพมารดา, ทารก, คุมกำเนิดล้มเหลว, เศรษฐกิจ ฯลฯ) 3.5 วัน แต่มีข้อสังเกตว่ามีร้อยละ 76.8 (คือ 119 ราย จาก 155 ราย) ที่อยู่โรงพยาบาลเพียงวันเดียว นอกจากนี้มีกลุ่มที่ทำผ่าตัดท้องไข่เนื่องจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก 7.5 วัน และการรักษากรณีตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก 18.4 วัน

-
- * กลุ่มที่มีอันตรายสูง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มี
- ก. ระดับของ hCG ในน้ำเหลืองมากกว่า 100,000 mU/ml.
 - ข. ขนาดของมดลูกใหญ่กว่าอายุครรภ์ (ส่วนมากขนาดใหญ่กว่าอายุครรภ์ 16 สัปดาห์)
 - ค. เส้นผ่าศูนย์กลางของถุงน้ำรังไข่มากกว่า 6 ซม.
 - ง. องค์ประกอบอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย
 - เคยตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกมาก่อน
 - ผู้ป่วยอายุมากกว่า 40 ปี
 - มีความดันเลือดสูง
 - มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด
 - Trophoblastic embolization

ตารางที่ 47 อัตราร้อยละของสตรี จำแนกตามจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาเนื่องจากการแท้งแต่ละประเภทในโรงพยาบาล

จำนวนวันที่เข้ารับการ รักษาตัวในโรงพยาบาล	ประเภทของการแท้ง			รวม
	แท้งเองตาม ธรรมชาติ	ทำแท้งเพื่อ การรักษา	ทำแท้ง ผิดกฎหมาย	
1 วัน	.5	17.9	-	7.7(121)
2-7 วัน	89.4	58.5	82.3	74.0(1158)
8-14 วัน	8.7	16.7	14.5	13.9(218)
15+ วัน	1.5	6.8	3.2	4.3(67)
รวม	100.0(404)	100.0(663)	100.0(497)	100.0(1564)

$$X^2 = 224.45$$

$$P < .05$$

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม (การตั้งประเภทต่างๆ) กับตัวแปรอิสระ

ตัวแปรอิสระ	สมมติฐานที่ตั้งไว้ *	มีนัยสำคัญ **
อายุ	เป็นไปตาม	.00
สถานภาพสมรส	เป็นไปตาม	.00
* อาชีพ	เป็นไปตาม	.00
ที่อยู่ปัจจุบัน	เป็นไปตาม	.00
ที่เกิดและภูมิลำเนาเดิม	เป็นไปตาม	.00
จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน	เป็นไปตาม	.00
จำนวนครั้งของการแต่งงานอดีต	ไม่เป็นไปตาม	.40
* การคุมกำเนิดก่อนการแต่ง	เป็นไปตาม	.00
การคุมกำเนิดหลังการแต่ง	เป็นไปตาม	.00
เหตุผลในการทำแท้ง	เป็นไปตาม	.00

* เมื่อคุมด้วยตัวแปรอื่น

** วัดด้วยไคสแควร์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย