

ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการทำแท้ง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกรับผิดชอบในการ  
ทำแท้ง กับเจตนาในการทำแท้ง

นางสาวปัทมาภรณ์	ตั้งสถาพร	5437447938
นางสาวพรรณนพพร	จรรยาจิตร	5437451338
นางสาวพรรณนพพร	โชติกันตะ	5437452038

โครงการทางจิตวิทยานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการทำแท้ง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกรับผิดชอบในการ  
ทำแท้ง กับเจตนาในการทำแท้ง

นางสาวปัทมาภรณ์	ตั้งสถาพร	5437447938
นางสาวพรรณนพพร	จรรยาจิตร	5437451338
นางสาวพรรณนพพร	โชติกันตะ	5437452038

โครงการทางจิตวิทยานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS AMONG ATTITUDE TOWARD ABORTION, PERCEIVED SOCIAL SUPPORT,  
ABORTION STIGMA AND INTENTION TO ABORTION

Pandharee	Tangsathaporn	5437447938
Panpaporn	Charoonjit	5437451338
Pannaporn	Chotiganta	5437452038

A Senior Project in Partial Fulfillment of the Requirements

For the Degree of Bachelor of Science in Psychology

Faculty of Psychology

Chulalongkorn University

Academic Year 2014

หัวข้อโครงการทางจิตวิทยา

ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการทำแท้ง การรับรู้การ  
สนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาปในการ  
ทำแท้ง กับเจตนาในการทำแท้ง

โดย

ปัทมาธิ์ย์ ตั้งสถาพร

พรรณนปพร จรุงจิตตร

พรรณนพร โชติกันตะ

หลักสูตร

ปริญญาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เวรดี วัฒนทกโกศล

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับการค้นคว้าอิสระฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ  
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาบัณฑิต

.....คณบดีคณะจิตวิทยา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คณางค์ มณีศรี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เวรดี วัฒนทกโกศล)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณระพี สุทธิวรรณ)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ตัญคำภีร์)

ปิ่นทारीย์ ตั่งสถาพร , พรรณปพร จรุงญจิตร, พรรณพร โชติกันตะ: ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการ  
 ทำแท้ง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง กับเจตนาในการทำ  
 แท้ง (RELATIONSHIPS AMONG ATTITUDE TOWARD ABORTION, PERCEIVED SOCIAL  
 SUPPORT, ABORTION STIGMA AND INTENTION TO ABORTION) อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ  
 ทาวจิตวิทยาหลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เวรดี วัฒนทกโกศล, 52 หน้า

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการทำแท้ง การรับรู้การ  
 สนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง กับเจตนาในการทำแท้ง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการ  
 วิจัยคือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีเพศหญิง ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี จำนวน 193 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การ  
 ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression) ผลการวิจัยพบว่า เจตคติต่อการทำแท้ง การรับรู้การ  
 สนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งสามารถอธิบายความแปรปรวนของเจตนาในการ  
 ทำแท้งได้ร้อยละ 19.3 ( $p < .001$ ) โดยเจตคติต่อการแท้ง มีน้ำหนักในการทำนายเจตนาในการทำแท้งได้อย่างมี  
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $\beta = .436$ ) ส่วนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกเป็นตราบาปใน  
 การทำแท้งไม่มีอิทธิพลที่ทำนายเจตนาในการทำแท้ง

สาขาวิชา	จิตวิทยา	ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา	2557	ลายมือชื่อนิสิต.....
		ลายมือชื่อนิสิต.....
		ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาโครงการจิตวิทยาหลัก.....

5437447938, 5437451338, 5437452038: MAJOR PSYCHOLOGY

KEYWORDS; ATTITUDE TOWARD ABORTION/ SOCIAL SUPPORT/ STIGMA/ ABORTION

PANDHAREE TANGSATHAPORN, PANPAPORN CHAROONJIT, PANNAPORN

CHOTIGANTA: RELATIONSHIPS AMONG ATTITUDE TOWARD ABORTION, PERCEIVED

SOCIAL SUPPORT, ABORTION STIGMA AND INTENTION TO ABORTION. ADVISOR: ASST.

REWADEE WATTAKAKOSOL, Ph.D. 52 PP.

The objective of this research was to study relationships among Attitude toward abortion, Perceived social support, Abortion stigma and Intention to abortion. Participants were 193 female college students. Data was analyzed by Enter Multiple Regression. Research results are as follows: Attitude toward abortion, Perceived social support and Abortion stigma significantly predicted Abortion intention ( $R^2=19.3$ ,  $p < .001$ ). Attitude toward abortion had significant standardized coefficient ( $\beta = .436$ ,  $p=.001$ ). While Social support and Abortion stigma did not predict abortion intention.

Field of Study                      Psychology                      Student's signature.....

Academic year                      14                      Student's signature.....

Student's signature.....

Advisor's signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้สามารถสำเร็จลุล่วงมาด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรวดี วัฒนทกโกศล อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ ผู้ที่เสียสละเวลา ผู้ให้คำแนะนำ คำอธิบายต่างๆ และช่วยตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่ นับตั้งแต่เริ่มทำโครงการจนจบจนเสร็จสมบูรณ์ คณะผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงอยากขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ให้ความอนุเคราะห์เสมอมา

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์ อาจารย์ทุกท่านในคณะจิตวิทยา ผู้ประสิทธิ์ประสาทความรู้อันพื้นฐานสำคัญ ในการนำมาใช้ในการทำงานวิจัยฉบับนี้

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่า มาร่วมตอบแบบสอบถามของโครงการฉบับนี้ ส่งผลให้โครงการสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบคุณพี่ณัฐพัชร สิมะรังษฤษฎี ผู้คอยให้คำปรึกษาในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับโครงการ

# สารบัญ

## หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	5
เจตคติต่อการทำแท้ง.....	5
การสนับสนุนทางสังคม.....	8
ความรู้สึกรับผิดชอบ.....	12
เจตนาที่จะทำแท้ง.....	19
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	20
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	27
สมมติฐานงานวิจัย.....	27
ขอบเขตของการวิจัย.....	27
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	27
คำจำกัดความ.....	28
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	28



## หน้า

บทที่ 2 วิธีดำเนินการวิจัย.....	29
กลุ่มตัวอย่าง.....	29
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	29
ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	30
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	37
บทที่ 3 ผลการวิจัย.....	40
บทที่ 4 อภิปรายผลการวิจัย.....	47
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	51
บรรณานุกรม.....	54
ภาคผนวก.....	61
ภาคผนวก ก.....	62
ภาคผนวก ข.....	66

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดเจตคติต่อการทำแท้ง.....	30
2. จำนวนข้อกระทงของมาตรเจตคติต่อการทำแท้ง จำแนกตามองค์ประกอบย่อยทั้งหมด 3 ด้าน .....	30
3. เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ.....	32
4. จำนวนข้อกระทงของมาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติจำแนกตาม องค์ประกอบย่อยทั้งหมด 3 ด้าน.....	32
5. เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง.....	34
6. จำนวนข้อกระทงของมาตรวัดความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งจำแนกตาม องค์ประกอบย่อยทั้งหมด 4 ด้าน.....	34
7. เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดเจตนาในการทำแท้ง.....	36
8. จำนวนร้อยละของแบบสอบถามที่ผ่านและไม่ผ่านการคัดเลือกจากการสำรวจมาได้ทั้งหมด จำแนกตามรูปแบบการเก็บสำรวจ (N=217).....	37
9. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจำแนกตามอายุ สถาบันการศึกษา ชั้นปีและสถานะความสัมพันธ์ (N=193).....	39
10. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรต่าง ๆ ในงานวิจัย (N=193).....	42
11. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการทำแท้ง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง และเจตนาในการทำแท้ง (N=193).....	42

ตารางที่	หน้า
12. ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของเจตคติในการทำแท้ง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง ที่ทำนายเจตนาที่จะทำแท้ง ด้วยการใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบปกติ (Enter Multiple Regression) (N=193).....	43
13. ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) คะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบการมีนัยสำคัญทางสถิติของ Beta จากการใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression) (N=193).....	44
14. ผลการวิเคราะห์มาตรฐานวัดเจตคติต่อการทำแท้งและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทง แต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ ทั้งหมด ครั้งที่ 1 ( $r_{critical} = 0.217$ ( $p < .05$ )), N = 84 ครั้งที่ 2 ( $r_{critical} = 0.139$ ( $p < .05$ )), N = 193.....	65
15. ผลการวิเคราะห์มาตรฐานวัดการสนับสนุนทางสังคมและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทง แต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ ทั้งหมด ครั้งที่ 1 ( $r_{critical} = 0.217$ ( $p < .05$ )), N = 84 ครั้งที่ 2 ( $r_{critical} = 0.139$ ( $p < .05$ )), N = 193.....	67
16. ผลการวิเคราะห์มาตรฐานวัดความรู้สึกเป็นตราบาปต่อการทำแท้งและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ ทั้งหมด ครั้งที่ 1 ( $r_{critical} = 0.217$ ( $p < .05$ )), N = 84 ครั้งที่ 2 ( $r_{critical} = 0.139$ ( $p < .05$ )), N = 193.....	68
17. ผลการวิเคราะห์มาตรฐานวัดเจตนาในการทำแท้งและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทง แต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ ทั้งหมด ครั้งที่ 1 ( $r_{critical} = 0.217$ ( $p < .05$ )), N = 84 ครั้งที่ 2 ( $r_{critical} = 0.139$ ( $p < .05$ )), N = 193.....	69

## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. แสดงกระบวนการการเกิดความเจ็บป่วยทางกายหรือพฤติกรรม โดยอาจมีการสนับสนุนทางสังคมเข้ามาแทรกแซงสองส่วน เพื่อลดหรือยับยั้งความรุนแรงจากการประเมินสถานการณ์ทางลบ (Cohen และ Wills, 1985, p.313).....	11
2. การเกิดความรู้สึกรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งจากกระบวนการทางสังคม(Gold et al.,2007, Link et al.,2004, Link & Phelan,2001 อ้างถึงใน Shellenberg et al., 2011,p.113).....	14
3. วงจรเสริมแรงซึ่งกันและกันระหว่างปฏิภริยาของคนในสังคมกับผู้ที่ทำแท้ง (Kumar, Hessini & Mitchell, 2009, p.629).....	15

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญระดับประเทศ เพราะเป็นปัญหาด้านทรัพยากรมนุษย์ หากบุคคลเกิดการตั้งครรภ์ก่อนวัยที่เหมาะสม หรือก่อนที่จะมีความพร้อมในการเป็นมารดา จะส่งผลกระทบต่อทั้งตัววัยรุ่นเอง ครอบครัว สังคม รวมทั้งประเทศชาติ กล่าวคือการตั้งครรภ์ก่อนวัยที่เหมาะสม จะทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ และนำไปสู่การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งปัญหาด้านสุขภาพอนามัยและชีวิตความเป็นอยู่ ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมในประเทศชาติ ถึงแม้ โครงสร้างด้านประชากรของไทยมีแนวโน้มที่กำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ คือมีประชากรวัยแรงงานและเด็กลดลง และมีจำนวนผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ในขณะที่ภาพรวมของการเกิดของประเทศไทยลดลง แต่การคลอดที่เกิดจากหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี กลับเพิ่มขึ้น โดยเมื่อปี 2555 มีเด็ก ผู้หญิงที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ให้กำเนิดบุตร ถึง 125,000 คน ซึ่งโดยเฉลี่ย มีผู้หญิงที่อายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดลูก 355 ราย ต่อวัน และในจำนวนนี้มีเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี คลอดบุตร เฉลี่ยถึงวันละ 10 คน ร้อยละ 32.1 ของผู้หญิงอายุ 15 - 19 ปี มีบุตร ทั้งหมดที่ไม่ได้ตั้งใจ (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย, 2556)

การตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมในวัยรุ่น ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก ทั้งด้านร่างกาย เช่น ภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูง เจ็บครรภ์คลอดนาน คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน เป็นต้น (Lowdermilk และ Perry, 2004 อ้างถึงใน ศศิพันธ์ และคณะ, 2556) และส่งผลกระทบต่อสภาพอารมณ์และสังคม เนื่องจากสังคมไทยไม่ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ดังนั้นหญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วจึงมักมีความรู้สึกมีปมด้อย กลัวถูกฝ่ายชายทอดทิ้ง โดยเฉพาะเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ขึ้น ก็จะมีรู้สึกกดดัน อับอาย และรู้สึกต้องรับผิดชอบต่อการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้น (วิจิตา สุขทั่วญาติ, 2551, อ้างถึงใน ศศิพันธ์ พันธุ์สุวรรณ และคณะ, 2556)

จากผลกระทบดังกล่าวนำไปสู่การทำแท้งของผู้ที่ตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม โดยในปี พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ใช้การคุมกำเนิดใดๆสูงถึงร้อยละ 56.2 และมีภาวะ

คาดการณ์กันว่ามีการยุติการตั้งครรภ์ในแต่ละปี สูงถึง 200,000 - 300,000 ราย และ ในจำนวนนี้มีเด็กวัยรุ่นจำนวนมากกว่า 15,500 คน มีประสบการณ์ท้องซ้ำและมีบุตรมากกว่า 1 คน ก่อนที่จะมีอายุ 20 ปี เด็กที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมมีอายุน้อยลงมาก จะขาดวุฒิภาวะในการจัดการกับปัญหาชีวิตที่เกิดขึ้น (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย, 2556) ผู้ที่ตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมบางราย จึงเลือกที่จะทำแท้งเพื่อยุติปัญหา

จากรายงานการเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 โดยสำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ทำการศึกษาผู้ป่วยที่ทำแท้งจำนวน 1,119 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน อายุต่ำกว่า 25 ปี ร้อยละ 25.0 และอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 14.1 พบว่าเหตุผลที่ผู้ป่วยตัดสินใจทำแท้งมาจากปัญหาด้านสุขภาพ ร้อยละ 15.9 ด้านสังคม/ครอบครัว/เศรษฐกิจ ร้อยละ 84.1 ในกรณีการทำแท้งเพราะปัญหาสุขภาพ ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำแท้งมาจากตัวผู้ป่วยเองร้อยละ 100 รองลงมาคือจากแพทย์ ร้อยละ 95.8 ในขณะที่กรณีการทำแท้งเพราะปัญหาสังคม/ครอบครัว/เศรษฐกิจ ผู้ที่มีอิทธิพลต่อผู้ตัดสินใจทำแท้งเพราะมาจากตัวผู้ป่วยเองร้อยละ 73.2 และมาจากสามีหรือเพื่อนชาย ร้อยละ 20.8 จากสถิติดังกล่าวอาจสันนิษฐาน เหตุผลในการทำแท้งของสังคมไทยมาจากการปัจจัยทางสภาพแวดล้อม เป็นสิ่งสำคัญ

Sedgh และคณะ (2012, อ้างถึงใน บุญฤทธิ, 2557) ทำการประมาณค่าอัตราการทำแท้ง (Abortion rate) โดยเทียบเป็น จำนวนการทำแท้งต่อหญิงอายุ 15-44 ปี จำนวน 1,000 คน พบว่าในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วมีอัตราการทำแท้งอยู่ที่ 24 ต่อ 1000 คน โดยส่วนใหญ่เป็นการยุติการตั้งครรภ์จากการร้องขอของมารดา และ เป็นการแท้งที่ไม่ปลอดภัยเพียงร้อยละ 6 เท่านั้น ส่วนในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่มีกฎหมายจำกัดการทำแท้งอย่างเสรี มีอัตราการทำแท้งอยู่ที่ 29 ต่อ 1,000 คน เป็นการแท้งที่ไม่ปลอดภัยสูงถึงร้อยละ 56 นอกจากนี้ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นยังถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการใช้บริการการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย โดย Shah และ Ahman (2012, อ้างถึงใน บุญฤทธิ, 2557) ได้ใช้ข้อมูลจากการประมาณค่าการทำแท้งไม่ปลอดภัยมาแบ่งตามช่วงอายุของมารดา พบว่าการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเกือบทั้งหมดอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา และร้อยละ 41 เกิดในหญิงตั้งครรภ์อายุ 15-24 ปี โดยแบ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 15 และหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-24 ปี ร้อยละ 2

จากการรวบรวมข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และการติดตามประเมินผลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่า ปัญหา

หลักของทั่วโลกอันเป็นผลที่เกิดตามมาจากการทำงานที่เกิน คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะในประเทศที่จำกัดไม่ให้ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมเข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างถูกกฎหมาย (บุญฤทธิ, 2557) โดยในประมวลกฎหมายอาญาของประเทศไทย ระบุว่าการทำงานที่เกินเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย ในมาตรา 301 และ 302 แต่ในมาตรา 305 บัญญัติให้ทำแท้งได้โดยไม่มี ความผิดเมื่อเป็นการกระทำของนายแพทย์ และมีข้อกำหนดคือ มีเหตุจำเป็นต้องทำเพื่อสุขภาพของแม่ และ การตั้งครรถ์นั้นเกิดจากการกระทำความผิดอาญา (อำนาจ, 2554)

เมื่อผู้ที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์เข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขได้ยาก จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งที่ไม่ได้มาตรฐานและไม่มีความปลอดภัย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้ง ตามการให้นิยามของสำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2555) คือการเกิดภาวะดังต่อไปนี้ การตกเลือดมากจนต้องให้เลือด ปากมดลูกฉีกขาด มดลูกทะลุ ลำไส้ฉีกขาดหรือทะลุ ขู่เชิงกรานอักเสบ เยื่อบุผนังช่องท้องอักเสบ ติดเชื้อในกระแสเลือด ติดเชื้อบาดทะยัก ไตวาย หัวใจวาย ช็อกจากการเสียเลือด รวมถึงช็อกจากการติดเชื้อ และการตัดมดลูก จากรายงานการเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 โดยสำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขมีการรายงานผลกระทบด้านสุขภาพจากการทำแท้ง พบว่า ผู้เข้ารับบริการทำแท้งโดยแพทย์ พบภาวะแทรกซ้อนเพียงร้อยละ 0.7 ส่วนผู้ที่เข้ารับบริการทำแท้งกับบุคคลที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ถึงร้อยละ 47.8 และผู้ที่ทำแท้งด้วยตนเอง พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ร้อยละ 26.3

กล่าวโดยสรุปคือ ปัญหาการทำแท้งเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติ เพราะเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตของประชากร โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดการแท้งมาจากสภาพสังคมไทยไม่ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เมื่อบุคคลท้องจึงรู้สึกมีปมด้อยและเลือกการทำแท้งเป็นการแก้ปัญหา หรือสภาพเศรษฐกิจสังคมไม่เอื้อให้บุคคลสามารถเลี้ยงลูกได้ ซึ่งประกอบกับสภาพสังคมแวดล้อมที่สนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์เลือกการทำแท้ง ในขณะที่เดียวกันกฎหมายการทำแท้งในประเทศไทยก็ไม่เอื้อให้บุคคลสามารถทำแท้งได้อย่างเสรี จึงเกิดการลักลอบทำแท้งเถื่อน อันเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้น จะเห็นได้ว่าปัญหาการทำแท้งเป็นปัญหาที่รุนแรงและเพิ่มจำนวนมากขึ้น ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญใน

การศึกษาสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมกำกวมที่ เกิดจากกระบวนการทางปัญญา ความคิด ความรู้สึก อันก่อให้เกิดพฤติกรรม

นอกจากปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกำกวม การตัดสินใจกำกวมหนึ่งมาจากการตัดสินใจของตัวบุคคล ปัจจัยทางจิตวิทยาที่สำคัญในการส่งผลให้เกิดการทำพฤติกรรมคือเจตคติ เจตคติเป็นแนวโน้มการประเมินพฤติกรรมทางบวกหรือลบต่อการกำกวม มีผลต่อเจตนาในการทำพฤติกรรม และเจตนาเป็นตัวทำนายการเกิดพฤติกรรมต่อไป จากรายงานการสำรวจการกำกวมในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 จะเห็นได้ว่าผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจกำกวมมาจากตัวผู้ป่วยเองร้อยละ 100 และจากงานวิจัยของ Foster และคณะ (2012) พบว่าปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้หญิงมีความมั่นใจในการตัดสินใจไม่กำกวมเชื่อว่า เป็นบาปเป็นการฆ่า จะเห็นได้ว่าความเชื่อ ความรู้ และพฤติกรรมส่วนบุคคล ที่เป็นองค์ประกอบของเจตคติ ส่งผลต่อการตัดสินใจในการกำกวม

จากงานวิจัยจำนวนมากพบว่าปัจจัยการสนับสนุนจากเพื่อนชายส่งผลต่อการตัดสินใจกำกวมของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์แบบไม่พึงประสงค์ (Jonesและคณะ, 2011; Foster และคณะ, 2012; Major และคณะ, 1990) และการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจกำกวมของผู้เยาว์ที่ตั้งครรภ์ (Ralph และคณะ, 2014) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการตัดสินใจกำกวม โดยเฉพาะในสังคมไทยที่บุคคลให้ความสำคัญกับบุคคลรอบตัวว่ามีผลต่อการดำเนินชีวิต

กระบวนการตีความของแต่ละบุคคลและปฏิกิริยาจากคนในสังคมที่ไม่สนับสนุนการกำกวม เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่เคยทำกำกวมหรือต้องการจะทำกำกวม เกิดความรู้สึกเป็นตราบาปในการกำกวม หมายความว่าบุคคลดังกล่าว ยอมรับคำพิพากษาของสังคมที่มองว่าการกำกวมเป็นเรื่องผิด การไม่สนับสนุนการกำกวมในสังคมมักแสดงออกในรูปแบบต่างๆ เช่น การออกกฎหมายจำกัดการกำกวมอย่างเสรี เป็นต้น ผู้ที่มีความรู้สึกเป็นตราบาปในการกำกวมจะรู้สึกละอาย ตีตราตนเองว่าด้อยค่า ผลของความรู้สึกเป็นตราบาปเหล่านี้จึงมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจกำกวม

ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติของผู้หญิงที่มีต่อเจตนาในการกำกวม แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้หญิงที่ส่งผลต่อเจตนาในการกำกวม และความรู้สึกเป็นตราบาปที่มีต่อเจตนาในการ



ทำแท้ง กับเจตนาในการทำแท้ง ซึ่งเจตนาในการทำแท้งดังกล่าวจะสามารถทำนายพฤติกรรมในเวลาต่อมา เพื่อแก้ไขหรือยับยั้งพฤติกรรมการทำแท้ง และลดความสูญเสียที่เกิดจากการทำแท้งแบบผิดวิธี

## แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

คณะผู้วิจัยได้ทบทวน วรรณกรรม และแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับเจตคติต่อการทำแท้ง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง ดังต่อไปนี้

### 1. เจตคติต่อการทำแท้ง

#### 1.1 นิยามและขอบเขต

ราชบัณฑิตยสถาน (2542) เจตคติหมายถึงท่าทีหรือความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง Gordon Allport (1935) ให้คำนิยามเจตคติว่าเจตคติคือสภาวะความพร้อมของจิตใจและระบบประสาทซึ่งถูกจัดระบบผ่านประสบการณ์ส่งผลต่อพฤติกรรมที่มีต่อเป้าหมายเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เผชิญ

Eagly และ Chaiken (1993) นิยามเจตคติว่าเจตคติเป็นแนวโน้มการแสดงออกเชิงประเมินต่อเป้าหมายในทิศทางเห็นด้วยว่าชอบหรือไม่ชอบ

Petty (1994) เจตคติหมายถึงการประเมินต่อเป้าหมาย (ตนเอง บุคคลอื่น ประเด็นต่างๆ เป็นต้น) ไปในทิศทางบวกถึงลบ

Ajzen และ Fishbein (2000) ให้ความหมายของเจตคติไว้ว่า เจตคติคือการแสดงออกทางการประเมินในมิติที่ตรงข้ามกัน เช่น ดี เลว มีประโยชน์ เป็นโทษ น่าพึงพอใจ ไม่น่าพึงพอใจ เป็นที่ชื่นชอบ ไม่เป็นที่ชื่นชอบ เป็นต้น

Schermerhorn (2000: 75) นิยามเจตคติไว้ว่า เจตคติ ความคิด ความรู้สึก ของบุคคลที่จะตอบสนองต่อคนหรือวัตถุทางบวกหรือทางลบ ในสภาวะแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ และเจตคติสามารถถูกรับรู้และตีความได้จากพฤติกรรมของบุคคลนั้น

กล่าวโดยสรุป เจตคติหมายถึงความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับผลของการกระทำ (Behavioral beliefs) โดยมีการประเมินผลของการกระทำนั้นๆ ดังนั้นบุคคลที่มีความเชื่อที่หนักแน่นในทางบวกจากผลของพฤติกรรมนั้นจะมีเจตคติเชิงบวกต่อพฤติกรรมในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีความเชื่อที่หนักแน่นในทางลบจากผลของพฤติกรรมนั้นจะมีเจตคติเชิงลบต่อพฤติกรรม

## 2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเจตคติ

เจตคติเกิดจากการเรียนรู้ประสบการณ์ในอดีตและการหล่อหลอมทางสังคมทั้งจากการเลี้ยงดูและอิทธิพลของสื่อแต่ยังไม่มีหลักฐานแน่ชัดว่าเจตคติเกิดมาจากพันธุกรรมการเกิดเจตคติจะเกิดขึ้นเมื่อพบเป้าหมายของเจตคติไม่ได้เกิดขึ้นมาลอยๆถ้าไม่เคยรู้จักจะมีเจตคติต่อสิ่งนั้นไม่ได้ (Eagly และ Chaiken, 1998)

องค์ประกอบของเจตคติตามแนวคิดหลายมิติ (The Multicomponent Model of Attitude) ของ Eagly และ Chaiken (1993) อธิบายว่าเจตคติประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านความรู้สึก (affective component) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (behavioral component) และองค์ประกอบด้านความรู้ (cognitive component) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective component) หมายถึงความรู้สึกทางอารมณ์ที่บุคคลมีต่อเป้าหมายของเจตคติเช่นชอบไม่ชอบรักเกลียดสามารถแสดงออกได้ทางคำพูดและปฏิกิริยาทางร่างกายที่ตอบสนองเมื่อพบเป้าหมายเช่นเมื่อเจอคนที่ชอบหัวใจจะเต้นแรง

องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral component) หมายถึงแนวโน้มในการแสดงออกต่อเป้าหมายตามการประเมินในทิศทางใดทิศทางหนึ่งหากมีเจตคติทางบวกต่อเป้าหมายจะแสดงพฤติกรรมทางบวกหากมีเจตคติทางลบต่อเป้าหมายจะแสดงพฤติกรรมทางลบหรือแสดงเจตนาที่จะทำพฤติกรรมต่อเป้าหมายทางคำพูด

องค์ประกอบด้านความรู้ (Cognitive component) หมายถึงความเชื่อข้อมูลความรู้ของบุคคลที่มีต่อเป้าหมายของเจตคติการตอบสนองทางคำพูดคือการพูดแสดงความเชื่อที่มีต่อเป้าหมายการแสดงออก

ทางการรับรู้เช่นปฏิกิริยาตอบโต้เวลาในการตอบสนองถ้าบุคคลมีเจตคติทางบวกจะตอบสนองเร็วถ้ามีเจตคติทางลบจะตอบสนองช้า

หน้าที่ของเจตคติโดยรวมคือตัวช่วยในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม (EaglyและChaiken, 1998) Katz (1960) ระบุว่าหน้าที่หลักของเจตคติมี 4 ประการคือ 1.ช่วยให้ได้รับผลทางบวก (The utilitarian function) เจตคติช่วยให้ได้รับผลประโยชน์และเลี่ยงสิ่งที่เป็นโทษจากสิ่งแวดล้อม 2.ปกป้องบุคคล (Ego-defensive function) เจตคติช่วยป้องกันสิ่งที่มาคุกคามตัวตนของเราที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล 3.สะท้อนค่านิยม (value-expressive function) เจตคติช่วยในการแสดงออกถึงค่านิยมของบุคคลและอัตมโนทัศน์ของบุคคล 4.จัดระเบียบความรู้ (the knowledge function) เจตคติช่วยให้ความหมายของบุคคลในมุมที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายในสิ่งแวดล้อมต่างๆกัน

การแสดงออกของเจตคติเกิดจากการก่อตัวของเจตคติที่สะสมไว้เป็นความคิดและความรู้สึกจนสามารถแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมาตามเจตคติต่อสิ่งนั้น การแสดงออกของเจตคติ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท (ดาร์ณี, 2542: 43) ดังนี้

- 1.เจตคติทางบวก คือ ความรู้สึกต่อสิ่งแวดล้อมในทางที่ดีหรือยอมรับ ความพอใจ
- 2.เจตคติในทางลบ คือการแสดงออกหรือความรู้สึกต่อสิ่งแวดล้อมในทางที่ไม่พอใจ ไม่ดี ไม่ยอมรับ ไม่เห็นด้วย
- 3.การไม่แสดงออกทางทัศนคติ หรือมีทัศนคติเฉยๆ คือ มีทัศนคติเป็นกลางอาจจะเพราะว่าไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้นๆ หรือในเรื่องนั้นๆ เราไม่มีแนวโน้มทัศนคติอยู่เดิมหรือไม่มีแนวโน้มทางความรู้ในเรื่องนั้นๆ มาก่อน

### **แนวโน้มการสนับสนุนการกระทำหรือไม่สนับสนุนการกระทำ**

โครงสร้างของเจตคติคือ ความเชื่อที่มีต่อสิ่งเร้าที่ถูกจัดกระทำ การจัดการของเจตคติมีการศึกษาเป็นระยะเวลานาน โดย ทฤษฎีความสอดคล้องทางปัญญา ที่สันนิษฐานว่าคนเราจะแสดงปฏิกิริยาที่นำมาซึ่งความสอดคล้องกับเจตคติมากกว่าไม่สอดคล้องกับเจตคติ (Festinger, 1957; Heider, 1958; Osgood และ Tannenbaum, 1955)

แนวโน้มการสนับสนุนการทำแท้งเชื่อมโยงมาจากโครงสร้างของเจตคติ กล่าวคือเมื่อบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อการทำแท้งหมายถึงแนวโน้มสนับสนุนการทำแท้ง หรือเมื่อบุคคลมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการทำแท้งหมายถึงแนวโน้มไม่สนับสนุนการทำแท้ง

มีหลายแนวคิดเสนอว่าคนที่มีแนวโน้มไม่สนับสนุนการทำแท้ง จะมีความคิดซับซ้อนน้อยกว่า มีการคิดแบบจัดหมวดหมู่มากกว่า และมีความดีใจร้นมากกว่า รูปแบบโครงสร้างของเจตคติที่เป็นแบบหนึ่งเดียว ง่าย ไม่ซับซ้อน คือลักษณะโครงสร้างเจตคติของคนที่มีแนวโน้มไม่สนับสนุนการทำแท้ง และแนวโน้มในการสนับสนุนหรือไม่สนับสนุนการทำแท้ง ยังมีประเด็นอื่นร่วมด้วย ได้แก่ การเมือง ศาสนา จริยธรรม และลักษณะทางสังคม ในกลุ่มคนที่มีแนวโน้มไม่สนับสนุนการทำแท้ง พบเจตคติในประเด็นเหล่านี้สัมพันธ์กับประเด็นอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ เพราะว่าคุณค่าความแต่ละประเด็นในทิศทางเดียวกัน งานวิจัยปัจจุบันมีสมมติฐานว่าคนที่มีแนวโน้มไม่สนับสนุนการทำแท้ง มากกว่าจะแสดงความสัมพันธ์สูงต่อการเมือง ศาสนา จริยธรรม และประเด็นทางสังคมอื่นๆอีกด้วย

## 2. การสนับสนุนทางสังคม (Social-Support)

### 2.1 นิยามและขอบเขต

House (1981 อ้างถึงใน Thoits, 1986) ให้คำนิยามการสนับสนุนทางสังคมว่า กระบวนการช่วยเหลือที่เกิดกับบุคคลที่เป็นทุกข์ ซึ่งเกิดจากบุคคลสำคัญ เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน หรือเพื่อนบ้าน ซึ่งกระบวนการนี้อาจรวมถึง การให้ความช่วยเหลือทางเครื่องมือ ทางอารมณ์ และทางข้อมูล

Shumaker และ Brownell (1984) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การแลกเปลี่ยนทรัพยากรอย่างน้อยสองบุคคล ซึ่งถูกรับรู้โดย ผู้ให้หรือผู้รับ โดยมีเจตนาเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้รับ

Cohen และ Syme (1985) ให้คำนิยามการสนับสนุนทางสังคมว่า ทรัพยากรหรือข้อมูลที่ได้จากคนอื่น ซึ่งสามารถส่งผลได้ทั้งทางบวกและทางลบ

Lin และ Dumin (1986) สิ่งที่ถูกจัดหามาซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่เกิดจากการรับรู้ เป็นเครื่องมือจริง หรือการแสดงออก โดยได้รับจาก ชุมชน เครือข่ายทางสังคม และบุคคลที่ไว้วางใจ

สรุปความหมายของการสนับสนุนทางสังคมในงานวิจัยนี้ว่า การแลกเปลี่ยนทรัพยากรหรือข้อมูล ไม่ว่าจะ เป็นความช่วยเหลือทางเครื่องมือ ทางอารมณ์หรือทางข้อมูล จากสังคมหรือจากบุคคลสำคัญ เช่น สมาชิก ในครอบครัว เพื่อน หรือคนรัก โดยมีเจตนาเพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางจิตของบุคคลที่เป็นทุกข์ ทั้งนี้ทรัพยากรที่ ได้รับอาจส่งผลได้ทั้งทางบวกและทางลบ

## 2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

จากหลายงานวิจัยได้แสดงถึง การสนับสนุนทางสังคม มีผลเกี่ยวเนื่องต่อสุขภาวะทางจิต และสุขภาพ ทางด้านร่างกาย โดยงานวิจัยระยะยาวพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความเป็นและความตายในผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าผู้ป่วยที่ขาดการสนับสนุนทาง สังคม (Aneshensel & Frer- ichs, 1982; Billings & Moos, 1982; Henderson, Byrne, & Duncan-Jones, 1981; Holahan & Moos, 1981; Turner, 1981; Williams, Ware, & Donald, 1981 อ้างถึงใน Cohen และ Wills, 1985) โดยมีแนวคิดมาจากการสนับสนุนทางสังคมส่งผลโดยตรงต่อการรักษา หรือ การสนับสนุนทาง สังคมส่งผลให้ลดปัจจัยด้านลบของสภาวะทางจิตใจ เช่น ความเครียด หรือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งปัจจัยนี้ส่งผลต่อ สภาวะทางร่างกาย ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็น 2 กระบวนการ คือ แรงสนับสนุนทาง สังคมมีผลโดยตรงต่อสุขภาพ (main effect model) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลเป็นตัวบรรเทาผลลบต่อ สุขภาพ (buffering model) (Cohen และWills, 1985)

แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อสุขภาพ (main effect model) คือ ผลประโยชน์ทางตรงจาก การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เพราะ กลุ่มเครือข่ายทางสังคม (social network) ขนาดใหญ่จะทำให้บุคคล ได้รับประสบการณ์ทางบวก และเป็นที่ยอมรับในชุมชน ซึ่งการได้รับการสนับสนุนเช่นนี้ จะส่งผลต่อสภาวะ ทางจิตโดยรวม เพราะจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นและมั่นคงในตนเอง ส่งผลต่อการตอบสนองเหตุการณ์ใน ชีวิตทางบวก และเห็นคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้การที่บุคคลมีสถานะเป็นสมาชิกอยู่ในเครือข่ายสังคมยังช่วย เลี่ยงประสบการณ์ทางลบ ดังเช่น การได้รับการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดปัญหาทางเศรษฐกิจ เกิดจากการ ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือทางคำแนะนำ อันเป็นปัจจัยทางตรงในการลดสถานการณ์ตึงเครียดที่ ส่งผลต่อความผิดปกติทางจิตใจหรือทางร่างกาย

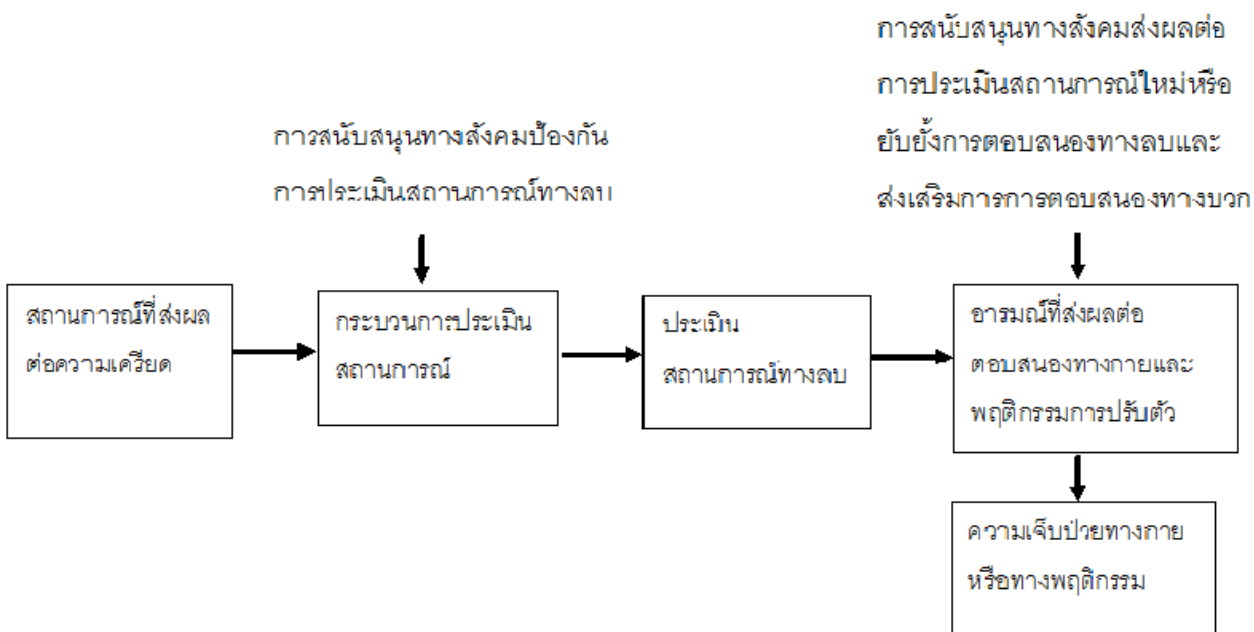
การได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมยังเชื่อมโยงถึงสภาวะทางร่างกายอันเป็นผลมาจาก อารมณ์ ที่ส่งผลต่อการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) และระบบภูมิคุ้มกัน (immune system) (Jemmott และ Locke, 1984 อ้างถึงใน Cohen และ Wills, 1985) นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ยังส่งผลต่อรูปแบบพฤติกรรมที่ส่งผลทางลบต่อสภาวะทางกาย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ (Krantz, Grunberg, และ Baum, 1985 อ้างถึงใน Cohen และ Wills, 1985) โดยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต้องอยู่ในระดับที่บุคคลรับรู้และรู้สึกได้ (Threshold) จึงจะส่งผลต่อสภาวะทั้งทางจิตและทางร่างกาย (Cohen และ Wills, 1985) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อสุขภาพจะส่งผลเมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมขนาดใหญ่ (large social network) ซึ่งช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์

แรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลเป็นตัวบรรเทาผลลบต่อสุขภาพ (buffering model) คือ การได้รับการสนับสนุนสังคมเป็นปัจจัยป้องกันการประเมินสถานการณ์ทางลบ และเป็นปัจจัยยับยั้งการตอบสนองทางลบ กล่าวคือเมื่อบุคคลเผชิญสถานการณ์ทางลบ แต่บุคคลไม่สามารถตอบสนองได้อย่างเหมาะสมจึงเกิดการประเมินสถานการณ์ทางลบ ก่อให้เกิดความเครียดและความรู้สึกทางลบ (Sells, 1970 อ้างถึงใน Cohen และ Wills, 1985) อันได้แก่ รู้สึกสิ้นหวัง สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง เพราะบุคคลรู้ว่าตนเองไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์ตรงหน้าได้ (Garber และ Seligman, 1980 อ้างถึงใน Cohen และ Wills, 1985) ซึ่งความเครียดส่งผลต่อไปยังการตอบสนองทางร่างกาย และการปรับตัวทางพฤติกรรม อันเป็นปัจจัยต่อการเกิดความเจ็บป่วยทางจิตใจ ทางร่างกาย และทางพฤติกรรมต่อมา

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสามารถเป็นกลไกเพื่อลดความรุนแรงจากความเครียดได้ โดยเข้ามามีบทบาท 2 ส่วน คือ

1) การสนับสนุนทางสังคมเข้าไปแทรกแซงเหตุการณ์ทางลบ โดยส่งผลต่อการประเมินเหตุการณ์ทางลบ กล่าวคือ เมื่อบุคคลเผชิญสถานการณ์ที่ยากลำบาก แต่การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลประเมินสถานการณ์ตรงหน้าในทางที่ดีขึ้น เพราะบุคคลรู้ว่าผู้สนับสนุนสามารถช่วยจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นในการจัดการกับสถานการณ์ตรงหน้า และเป็นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของบุคคล อันเป็นปัจจัยป้องกันการประเมินสถานการณ์ทางลบ ทำให้ความเครียดต่อสถานการณ์เจือจางลง

2) การได้รับการสนับสนุนที่พอเหมาะ จะสามารถลดระดับความเครียดและยับยั้งการเกิดโรค กล่าวคือ หลังจากบุคคลเผชิญสถานการณ์ทางลบ และประเมินสถานการณ์ในทางลบ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลดหรือจัดการตอบสนองทางลบ เพราะมีบุคคลรอบข้างแนะนำวิธีแก้ปัญหา หรือให้คำปลอบใจ ทำให้บุคคลลดความสำคัญของปัญหาลง ดังนั้นบุคคลที่ประสบความเครียดและได้รับการสนับสนุนทางสังคมจึงมีความเครียดน้อยกว่า และแสดงพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาวะมากกว่า (Cohen และWills, 1985) ดังแผนภูมิที่ 1 แบบจำลองแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลเป็นตัวบรรเทาผลลบต่อสุขภาพ หลังจากบุคคลประเมินสถานการณ์ทางลบและ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยเพิ่มทรัพยากรในการจัดการกับสถานการณ์ทางลบ จะช่วยยับยั้งการตอบสนองทางลบอันนำไปสู่ความเจ็บปวดทางกายหรือทางจิตใจที่เกิดจากความเครียด



ภาพที่ 1 แสดงกระบวนการการเกิดความเจ็บป่วยทางกายหรือพฤติกรรม โดยอาจมีการสนับสนุนทางสังคมเข้ามาแทรกแซงสองส่วน เพื่อลดหรือยับยั้งความรุนแรงจากการประเมินสถานการณ์ทางลบ (Cohen และWills, 1985, p. 313)

### 3. ความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma)

#### 3.1 นิยามและขอบเขต

ตราบาป (Stigma) เป็นคุณลักษณะที่คนในสังคมตีตราบุคคลหนึ่งให้เสื่อมเสีย มองบุคคลนั้นแตกต่างจากคนทั่วไป ทำให้ตัวบุคคลรู้สึกว่าคุณค่าหรือมีมลทิน (Goffman, 1963 อ้างถึงใน Kumar, Hessini, & Mitchell, 2009) ซึ่งการตีตราเป็นพฤติกรรมที่สร้างความรู้สึกอับอายให้กับผู้ที่ถูกตรามากกว่าบาดแผลทางร่างกาย Das (2001 อ้างถึงใน Kumar, Hessini, & Mitchell, 2009) อธิบายว่าตราบาปเหมือนโรคติดต่อ เพราะการตีตราบุคคลหนึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่น ซึ่งเป็นผู้ที่มีคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์เหมือนกันได้

ตราบาปจากการนิยามของ Goffman ถูกนำไปปรับใช้เพื่อให้นิยามในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ อาการป่วยทางจิต (Kleinman et al., 1995) โรคเรื้อน (Opala & Boillot, 1996) วัณโรค (Jaramillo, 1999; Kelly, 1999; Long et al., 2001) โรคเอดส์ (Parker & Aggleton, 2003; Castro & Farmer, 2005; Ogden & Nyblade, 2005) รวมถึงการศึกษาตราบาปในการทำแท้ง (Abortion Stigma)

Norris และคณะ (2011) กล่าวว่า ตราบาปในการทำแท้ง (Abortion Stigma) คือ การตีตราบุคคลให้เสื่อมเสีย เนื่องจากบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับการทำแท้ง เช่น ผู้หญิงที่ทำแท้ง บุคคลที่สนับสนุนการทำแท้ง หรือพาไปทำแท้ง รวมถึงผู้ที่ทำงานในคลินิกทำแท้ง

Kumar, Hessini และ Mitchell (2009) อธิบายว่า ตราบาปในการทำแท้ง (Abortion Stigma) คือ ผลจากการที่สังคมพิจารณาหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องการทำแท้งว่าคุณค่าแตกต่างกับผู้หญิงในอุดมคติของสังคม ตามแนวคิดของ Kumar, Hessini และ Mitchell (2009) ที่ว่าผู้หญิงมีสัญชาตญาณการเลี้ยงดู

จะเห็นได้ว่า มีการให้ความหมายของคำว่า “ตราบาปในการทำแท้ง” หรือ “Abortion Stigma” อยู่มาก ในที่นี้ผู้วิจัยใช้คำว่า “ความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง” หมายถึง ผลที่เกิดจากคนในสังคมตัดสินตัวบุคคลที่ต้องการทำแท้ง หรือผ่านการทำแท้งมาแล้วว่ามีมลทิน ทำให้บุคคลที่ต้องการทำแท้ง หรือผ่านการทำแท้งมาแล้ว รู้สึกอับอาย แปลกแยก และรู้สึกไม่มีค่า



### 3.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นตราบาป

กระบวนการทางสังคมทำให้เกิดความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง

Shellenberg และคณะ (2011) กับ Kumar, Hessini และ Mitchell (2009) นำงานศึกษาเพื่อทำความเข้าใจการเกิดตราบาป และสาเหตุที่ทำให้ตราบาปเกิดขึ้นซ้ำๆ ของ Link และ Phelan (2001 อ้างถึงใน Kumar, Hessini, & Mitchell, 2009) มาปรับใช้เพื่อศึกษาการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งจากกระบวนการทางสังคม โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นการรับรู้ความแตกต่าง มีการแบ่งประเภท และตีตราคนกลุ่มหนึ่งให้แตกต่างจากคนอื่น กล่าวคือ การทำแท้งถูกมองว่าเป็นสภาวะการณ์ที่ไม่ปกติทั่วไป ฉะนั้นสังคมจึงมองผู้หญิงที่ทำแท้งว่าแปลกจากคนอื่นในสังคม

2. ขั้นการเชื่อมโยงกลุ่มผู้ที่ถูกตีตรากับคุณลักษณะที่ไม่พึงปรารถนาจากความเชื่อหลักและวัฒนธรรมในสังคม ในขั้นนี้คนจะเกิดการเชื่อมโยงการทำแท้งและผู้หญิงที่ทำแท้ง กับคุณลักษณะไม่น่าพึงปรารถนา เช่น เห็นแก่ตัว ส่ำส่อน ไม่ระมัดระวัง ไร้หัวใจ ไม่มีความรับผิดชอบ ขาดความเห็นใจต่อชีวิตของทารกในครรภ์ ฆาตกร สกปรก อันตรายต่อสุขภาพ การเชื่อมโยงเช่นนี้สังคมจึงมีข้อมูลผิดๆเกี่ยวกับความเสี่ยงในการทำแท้ง และผู้ที่ทำแท้ง

3. ขั้นแยกประเภทของกลุ่มผู้ที่ถูกตีตรา เป็นการแบ่งแยก “พวกเรา” กับ “พวกเขา” ออกจากกันชัดเจน เกิดการเหมารวมเป็นกลุ่มผู้ที่มีคุณลักษณะไม่พึงประสงค์

4. กลุ่มผู้ที่ถูกตีตราสูญเสียสถานภาพทางสังคม ถูกกีดกัน และ ถูกเลือกปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียม กล่าวคือ ผู้หญิงที่ทำแท้งได้รับปฏิกิริยาทางลบจากคนในสังคม เช่น การถูกปฏิเสธหรือการเลือกปฏิบัติ เมื่อเปิดเผยเรื่องการทำแท้งทั้งโดยเจตนาและไม่เจตนา เช่น การถูกให้ออกจากโรงเรียนหรือที่ทำงาน การทำร้ายทางจิตใจด้วยวาจาหรือการทำร้ายร่างกาย

ผลจากปฏิกิริยาทางลบจากคนในสังคมเหล่านี้ทำให้ผู้ที่ทำแท้งรู้สึกอับอาย รู้สึกผิด รู้สึกกลัวที่จะเปิดเผยเรื่องราว และเลือกที่จะเงียบแทนการร้องขอความช่วยเหลือ กลายเป็นความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง



ภาพที่ 2 การเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งจากกระบวนการทางสังคม(Gold et al.,2007, Link et al.,2004, Link & Phelan,2001 อ้างถึงใน Shellenberg et al., 2011, p.113)

นอกจากประเด็นการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งจากกระบวนการทางสังคมดังกล่าวมาแล้วนั้นKumar, Hessini และMitchell (2009) อธิบายเพิ่มว่า ปฏิกิริยาของคนในสังคมกับการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปในผู้ที่ทำแท้งเป็นวงจรที่เสริมแรงซึ่งกันและกันกล่าวคือ การที่ผู้หญิงตัดสินใจทางออกด้วยการทำแท้งยังไม่สามารถหาสาเหตุได้แน่ชัด เนื่องจากผู้หญิงที่ทำแท้งและผู้ที่ให้บริการด้านการทำแท้งไม่ให้ข้อมูลหรือให้ข้อมูลน้อยกว่าความเป็นจริง ฉะนั้นเมื่อมีผู้ที่ทำแท้งปกปิดข้อมูลการทำแท้ง ส่งผลให้สังคมมองว่าการทำแท้งเป็นเรื่องผิดปกติ จนตีตราว่าการทำแท้งเป็นพฤติกรรมต้องห้าม เกิดการเชื่อมโยงและกีดกัน ผู้หญิงที่ถูกเหมารวมไปในทางลบจึงเผชิญการถูกปฏิเสธจากสังคมหรือถูกเลือกปฏิบัติ ผลจากการที่สังคมเหมารวมและตี

ตราบุคคล ทำให้ผู้หญิงที่มีประสบการณ์การทำแท้ง หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งกลัวการถูกตีตรา ส่งผลให้คนเหล่านี้ให้ข้อมูลไม่ตรงความจริงหรือปกปิดข้อมูลการทำแท้ง ในที่สุดจึงกลายเป็นวงจรที่เสริมแรงกันไปมา



ภาพที่ 3 วงจรเสริมแรงซึ่งกันและกันระหว่างปฏิกิริยาของคนในสังคมกับผู้ทำแท้ง (Kumar, Hessini & Mitchell, 2009, p. 629)

จากที่กล่าวไปแล้วว่าปฏิกิริยาของคนในสังคมที่แสดงการไม่สนับสนุนการทำแท้งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง ซึ่งลักษณะพฤติกรรมตีตราการทำแท้งและการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปปรากฏออกมาในหลายรูปแบบ เช่น การสื่อสาร การเมืองการปกครองและอิทธิพลขององค์กรต่างๆ และปัจจัยส่วนบุคคล ดังจะกล่าวในรายละเอียดต่อไปนี้

#### 1) การสื่อสาร

การใช้ถ้อยคำ การให้นิยาม และการใช้สื่ออื่นๆ เพื่อสื่อสารในวงกว้าง ทั้งในทางศาสนา ในแวดวงผู้ชำนาญการทางแพทย์ ในหมู่นักกฎหมาย ในกลุ่มนักเคลื่อนไหวสนับสนุนให้ผู้หญิงมีสิทธิตัดสินใจว่าจะทำแท้งหรือไม่ สื่อที่ปรากฏในสังคมจะสร้างกรอบความคิดทั่วไปให้เกิดขึ้นกับสาธารณชน จนเกิดการเชื่อมโยงผู้หญิง

กับคุณลักษณะต่างๆ หรือก็คือ เกิดเป็นการคิดแบบการเหมารวมขึ้น (Link & Phelan, 2001, อ้างถึงใน Kumar, Hessini & Mitchell, 2009)

ตัวอย่างการศึกษารูปแบบการให้บริการทำแท้งของสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดลิมโปโป ประเทศแอฟริกาใต้ (Mitchell et al., 2004, อ้างถึงใน Kumar, Hessini & Mitchell, 2009) พบว่า ผู้ที่ให้บริการทำแท้งถูกพูดถึงในฐานะ “ฆาตกร” เป็นคำกล่าวที่แสดงการต่อต้านการทำแท้ง การแสดงพฤติกรรมตีตราเช่นนี้มีผลต่อการขัดขวางการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้ง จนกลายเป็นว่าการทำแท้งเป็นอาชญากรรมที่น่ารังเกียจ และการให้บริการทำแท้งไม่ได้ถูกจัดรวมอยู่ในการให้บริการต่างๆ ของสถานบริการสาธารณสุข ขณะที่สาธารณรัฐโบลิเวีย กล่าวถึงผู้ให้บริการทำแท้งว่าเป็น “ผู้ช่วยเหลือ” เพื่อลดพฤติกรรมการตีตรา (Range, 1997 อ้างถึงใน Kumar, Hessini & Mitchell, 2009) ในบางบริบท มีการใช้คำว่า “การปรับระดู” (Menstrual regulation หรือ MR) ซึ่งเป็นวิธีทำแท้งวิธีหนึ่ง เพื่อให้ผู้ให้บริการทำแท้งมีมุมมองทางบวกต่อการให้บริการทำแท้ง (Pheterson & Azize, 2005 อ้างถึงใน Kumar, Hessini & Mitchell, 2009)

นักเคลื่อนไหวเพื่อต่อต้านการทำแท้งมักใช้สื่อต่างๆ เพื่อขัดขวางการทำแท้ง โดยการเปลี่ยนค่านิยมความเชื่อ และบรรทัดฐานคนในสังคมเกี่ยวกับการทำแท้ง การขัดขวางเหล่านี้ทำให้ผู้หญิงตั้งครมมองหาทางออกด้วยการทำแท้งน้อยลงทั้งที่เป็นเรื่องถูกกฎหมาย เช่น การแจกใบปลิวรูปบรรดาหญิงที่เดินเข้าออกคลินิกบริการทำแท้ง และการปลุกระดมต่างๆ ทำให้เกิดผลที่ตามมาเป็นการออกกฎหมายห้ามทำแท้ง (Joffe, 2009 อ้างถึงใน Norris et al., 2011)

ในทางกลับกัน การสื่อสารของสังคมมีส่วนช่วยลดตราบาปจากการทำแท้ง หากนักเคลื่อนไหวหรือคนในสังคม มีการสื่อสารเพื่อให้เห็นว่า การทำแท้งเป็นเรื่องปกติ เช่น การสนับสนุนให้คนเปิดเผยว่าตนเคยทำแท้งใส่สื่อที่มีข้อความรณรงค์สนับสนุนให้คนมีสิทธิทำแท้งอย่างเสรี เป็นต้น (Norris et al., 2011)

นอกจากนี้ ประเด็นที่มักถูกกล่าวถึงมากประเด็นหนึ่งเมื่อมีการถกเถียงเรื่องการทำแท้งคือ สถานะของตัวอ่อนในครรภ์ ถูกพูดถึงว่าเป็นชีวิตคนๆ หนึ่ง เป็นสิ่งมีชีวิตที่เปราะบาง และบริสุทธิ์ (Mitchell, 2001; Gammeltoft, 2007 อ้างถึงใน Kumar, Hessini & Mitchell, 2009) ฉะนั้นการทำแท้งจึงถูกสื่อสารในแง่ร้ายว่าเป็นการฆาตกรรม

## 2) การเมืองการปกครองและอิทธิพลขององค์กรต่างๆ

กฎหมาย นโยบาย และบรรทัดฐานทางสังคม มักสะท้อนถึงความคิดของคนในสังคม กฎข้อบังคับเหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ตรงกันข้ามที่แสดงให้เห็นความไม่เท่าเทียมในสังคม (Kumar, Hessini & Mitchell, 2009)

ตัวอย่างการตีตราการทำแท้งที่ปรากฏในนโยบายด้านการวางแผนครอบครัวของสหรัฐอเมริกา โดยองค์กรต่างๆ แม้จะได้รับกองทุนสนับสนุนการให้บริการด้านการวางแผนครอบครัว แต่ในทางปฏิบัติจริงยังไม่มี การดำเนินงาน หรือบริการให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้ง การจัดบริการทำแท้งถูกลดบทบาทและไม่ให้ความสำคัญเนื่องจากทางกฎหมายมีลักษณะไม่สนับสนุนการทำแท้ง คือไม่จัดให้การบริการทำแท้งรวมอยู่ในการให้บริการของสถานสาธารณสุขทั่วไป (Global Gag Rule Impact Project, 2003 อ้างถึงใน Kumar, Hessini & Mitchell, 2009)

ในการประชุมเพื่อขับเคลื่อนสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อมครั้งที่ 34 ซึ่งจัดโดยเครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม (2557) รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง “อุปสรรคของการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยตามกฎหมาย” ซึ่งเก็บข้อมูลกับผู้ประสบปัญหาและสถานบริการทำแท้งพบว่า ประเทศไทยยังไม่มีช่องทางทำให้บริการทำแท้งในระบบของหน่วยบริการต่างๆ ถึงแม้ว่ากฎหมายจะกำหนดให้มีการบริการเป็นบางกรณีก็ตาม ในงานวิจัยพบว่ามีเพียงโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติแห่งเดียวที่มีระบบบริการรองรับกรณีฉุกเฉินได้ถูกปล่อยละเมิดทางเพศ

จากการศึกษาของ Littman, Zarcadoolas และ Jacobs (2009 อ้างถึงใน Norris et al., 2011) ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อทดสอบการบริการให้ความช่วยเหลือผู้หญิงที่ตัดสินใจจะมีลูก (เป็นบริการให้การปรึกษาและให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง) และเพื่อศึกษาแหล่งที่มาของการเกิดตราบาปจากการทำแท้ง โดยให้บริการกับผู้หญิงอเมริกัน 22 คนที่ผ่านการทำแท้งมาแล้วร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า สาเหตุที่การทำแท้งถูกมองว่าเป็นตราบาปและเป็นอันตรายต่อผู้ที่ทำแท้ง เพราะการให้บริการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยโดยเฉพาะคลินิกทำแท้งผิดกฎหมาย และศูนย์บริการด้านสุขภาพต่างๆ ปฏิเสธการให้บริการทำแท้งเป็นปกติวิสัย

กฎหมาย นโยบาย และบรรทัดฐานของแต่ละสถาบันหรือองค์กรต่างๆ ทั้งการไม่จัดให้มีการบริการทำแท้งอยู่ในระบบบริการทั่วไปของสถาบันที่ดำเนินงานด้านสาธารณสุข และในสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ ส่วนใหญ่ไม่มีนโยบายการฝึกอบรมด้านการให้บริการทำแท้ง มีผลไปจำกัดสิทธิและเสรีภาพของผู้หญิง เช่น ทำให้ผู้หญิงถูกตัดโอกาสในการตรวจสุขภาพที่ควรได้รับ เช่น การคุมกำเนิดหลังทำแท้ง การให้คำปรึกษาและตรวจโรคเอดส์ การตรวจหามะเร็งปากมดลูก และการตรวจภายในอื่นๆ เป็นต้น (Kumar, Hessini & Mitchell, 2009)

### 3) ปัจจัยส่วนบุคคล

กระบวนการตีความเกี่ยวกับการทำแท้งของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกัน ความอับอายและความรู้สึกผิดเป็นสองสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผู้หญิงรู้สึกเป็นตราบาป ซึ่งมีส่วนทำให้ผู้หญิงเกิดการตีความว่าตนเองแปลกแยกแตกต่างจากผู้หญิงคนอื่นในสังคม (Scharwächter, 2008 อ้างถึงใน Kumar, Hessini & Mitchell, 2009) ผู้ที่ทำแท้งตัดสินใจกระทำของตนเองว่าเป็นความเห็นแก่ตัวหรือผิดศีลธรรมเพราะกระบวนการรับรู้และตีความเกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมทำแท้งขัดกับความคาดหวัง บรรทัดฐาน วัฒนธรรมของสังคม ซึ่งตามแนวคิดของ Kumar, Hessini และ Mitchell (2009) กล่าวว่าสังคมรับรู้ว่าคุณผู้หญิงจะมีสัญชาตญาณการเลี้ยงดูสอดคล้องกับการศึกษาของ Russo (1976 อ้างถึงใน Norris et al., 2011) กล่าวว่า สังคมมักตัดสินว่าคุณผู้หญิงที่ดีคือผู้หญิงที่ปรารถนาจะเป็นแม่คน เป็นผลให้คุณผู้หญิงที่ทำแท้ง รู้สึกว่าพฤติกรรมของตนขัดแย้งกับคุณลักษณะของคุณผู้หญิงที่ดีและตัดสินว่าตนเป็นคนไม่ดี ผู้ที่ทำแท้งตั้งแต่อายุยังน้อยในเวียดนามให้สัมภาษณ์ว่า “ฉันที่เป็นสาเหตุทำให้พ่อแม่รู้สึกเสียใจและวิตกกังวล ถือว่าฉันอกตัญญู ฉันทำให้คุณแม่เสียใจ ฉันจะดูแลท่านไปจนแก่เฒ่าเพื่อทดแทนคุณและชดเชยสิ่งที่ฉันทำ” (Gammeltoft, 2003 อ้างถึงใน Kumar, Hessini & Mitchell, 2009, p. 633)

ความคิดที่สะท้อนออกมายืนยันได้ว่าความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง (Abortion stigma) ทำให้ผู้หญิงลดคุณค่าในตัวเองลง

#### 4. เจตนาที่จะทำแท้ง (Intention to abortion)

เจตนาในการทำพฤติกรรม (Behavioral intention) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง หรือ การรับรู้ความเป็นไปได้ของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นๆ (Committee on Communication for Behavior Change in the 21st Century, 2002, หน้า 31)

ความตั้งใจ หรือ เจตนา (Intention) คือ ความต้องการ ความเป็นไปได้ ความพยายาม หรือ การวางแผนของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมหนึ่งๆ ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ความตั้งใจ เป็นตัวทำนายพฤติกรรม เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดความพร้อมของบุคคลในการที่จะกระทำพฤติกรรม และเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรม การวัดเจตนาเพื่อนำมาใช้ ทำนายพฤติกรรมของบุคคลว่าบุคคลทำหรือไม่ ทำพฤติกรรมนั้น แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมของทุกคนได้เสมอไป (Francis et al., 2004: 8; พัชรวิจิตรจันทร์, 2550: 34)

การวัดเจตนาในการแสดงพฤติกรรม (Francis et al., 2004) สามารถทำได้โดยใช้วิธีดังต่อไปนี้

1. การวัดเป็นภาพรวม หรือการใช้คำถามเดียว (Intention performance) โดยใช้มาตรประเมินแบบเดียว (Single Item Measure) ตั้ง 0-10 ให้คะแนนตามมาตรวัด ดังนั้นคะแนนความตั้งใจจะได้มาจากคำตอบที่ผู้ตอบเลือก

ตัวอย่างแบบสอบถาม

‘หากมีผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังครั้งแรก จำนวน 10 คน คุณคิดว่าจะส่งผู้ป่วยกี่คน ไป x-ray’ และให้ตัวเลือก 0-10 คำตอบของผู้ตอบจะเป็นคะแนนความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรม (behavioral intention score) การวัดเป็นภาพรวม สามารถใช้วัดได้ในบางสถานการณ์ ที่การวัดจำนวนในการแสดงพฤติกรรมกับเจตนาในการแสดงพฤติกรรม เป็นสิ่งเดียวกัน

2. การวัดเจตนาโดยทั่วไป (Generalized intention) โดยใช้ 3 คำถามคือ คาดว่า (Expect) ต้องการ (Want) และตั้งใจ (Intend) ซึ่งถูกใช้วัดอย่างแพร่หลายในงานวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The Theory of Planned Behavior: TPB) เมื่อผู้วิจัยต้องการวัดเจตนาในการแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ตอบคำถาม (Individual's own health-related behavior) เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่, พฤติกรรมการออกกำลังกาย

ตัวอย่างแบบสอบถาม

- 1) ฉันคาดว่าจะส่งผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังครั้งแรกไป x-ray
- 2) ฉันต้องการที่จะส่งผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังครั้งแรกไป x-ray
- 3) ฉันตั้งใจที่จะส่งผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังครั้งแรกไป x-ray

ให้ตัวเลือกตามแบบ likert scales คิดคะแนนคำนวณจากค่าเฉลี่ยของทั้ง 3 ข้อกระทง

3. สร้างเหตุการณ์จำลอง (Intention Simulation) โดยการสร้างสถานการณ์จำลองขึ้นมา 10 เรื่อง แล้วให้ตอบว่า ใช่/ไม่ใช่ อาจถามถึงความลำบากในการตัดสินใจไว้ด้วยก็ได้ การสร้างมาตรวัดแบบสถานการณ์จำลอง เป็นมาตรที่สามารถวัดได้แม่นยำ เพราะใช้วัดสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด แต่อย่างไรก็ตามการใช้มาตรสถานการณ์จำลองก็ใช้เวลามากและต้องพัฒนามาตรอย่างระมัดระวัง เพราะข้อกระทงอาจนำไปสู่ความหมายหรือความเข้าใจที่ผิดได้ง่าย (Jones, Gerrity และ Ear, 1990)

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติในการทำแท้งและเจตนาในการทำแท้ง

Miller (1994) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการให้กำเนิดบุตรกับเจตคติต่อการทำแท้งในผู้ชายและผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว กลุ่มตัวอย่างคือชายหญิงที่เป็นคู่แต่งงานกัน 401 คู่ ครึ่งหนึ่งไม่มีบุตรและครึ่งหนึ่งมีบุตร 1 คน การวิจัยพบว่า แรงจูงใจในการคลอดบุตรทางลบ 3 ด้าน คือความวิตกกังวลในการเป็นพ่อแม่ การเป็นภาระในการเลี้ยงดู และความเครียดของการเป็นพ่อแม่ มีความสัมพันธ์ทางบวกเจตคติที่ดีต่อการทำแท้ง และแรงจูงใจทางบวกในการคลอดบุตร 1 ด้าน คือ ความสุขในการตั้งครรภ์และให้กำเนิดเด็ก มีความสัมพันธ์ทางลบกับเจตคติที่ดีต่อการทำแท้ง

Carlton และคณะ (2000) ศึกษาเจตคติต่อการทำแท้งความผูกมัดตนเองกับการทำแท้งและประสบการณ์ในการทำแท้งในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาชายและหญิงจำนวน 1,118 คน แบ่งเป็นชาย 350 คน หญิง 663 คน การวิจัยพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีเจตคติที่ดีต่อการทำแท้ง บุคคลที่มีประสบการณ์ตรงในการทำแท้งมีเจตคติที่ดีต่อการแท้งมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำแท้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



นักศึกษาส่วนใหญ่รายงานความผูกมัดตนเองกับการทำแท้งในระดับปานกลาง ผู้หญิงมีความเกี่ยวข้องกับการทำแท้งมากกว่าผู้ชาย ผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำแท้งมีความผูกมัดกับการทำแท้งมากกว่าผู้ที่ไม่มี ประสบการณ์การทำแท้ง ผู้ที่มีเจตคติในการทำแท้งสุดโต่งในทิศทางบวกหรือลบมากๆ จะมีความผูกมัดในการทำแท้งมากกว่าผู้ที่มีเจตคติกลางๆ และไม่พบความแตกต่างของระดับความผูกมัดระหว่างผู้ที่มีเจตคติที่ดีต่อการทำแท้งและผู้ที่มีเจตคติที่ไม่ดีต่อการทำแท้ง

Foster และคณะ (2012) ศึกษาเจตคติและการตัดสินใจของผู้หญิงในช่วงที่ผู้หญิงมองหาการทำแท้ง ในคลินิกในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่เข้ารับการปรึกษาทางจิตวิทยาในการทำแท้ง จำนวน 5,109 คน การวิจัยพบว่าผู้ที่มองหาการทำแท้ง 87% มีความเชื่อมั่นในการตัดสินใจของตัวเองก่อนการเข้ารับการปรึกษาทางจิตวิทยา และพบว่ามี 8 ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้หญิงที่กำลังมองหาการทำแท้งมีความมั่นใจในการตัดสินใจลดลง คือ 1.อายุน้อยกว่า 20 ปี 2.เป็นคนผิวดำ 3.เรียนไม่จบชั้นมัธยม 4.มีประวัติอาการซึมเศร้า 5.ทารกในครรภ์มีความผิดปกติ 6.เป็นคนที่ตัดสินใจยากมีลักษณะชักงวล 7.มีความเชื่อว่าการทำแท้งคือการฆ่า 8.กลัวไม่ได้รับการอภัยจากพระเจ้า

Hess และ Rueb (2005) ทำการศึกษาเจตคติต่อการทำแท้งในกลุ่มนักศึกษา 396 คน ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อเจตคติในการทำแท้ง พบว่าการมีส่วนร่วมทางศาสนาความรู้เกี่ยวกับบุคคลที่ทำแท้งและการให้ความหมายของการเกิด มีสัมพันธ์กับเจตคติต่อการทำแท้งนอกจากนี้ผู้สนับสนุนพรรค Democrats รายงานเจตคติที่ดีต่อการทำแท้งมากกว่าผู้สนับสนุนพรรค Republicans ในทำนองเดียวกันผู้ที่มีแนวคิดแบบ Liberals มีเจตคติที่ดีต่อการทำแท้งมากกว่าผู้ที่มีแนวคิดแบบ Conservatives

Patel และคณะ (2008) ศึกษาเจตคติต่อการทำแท้งในกลุ่มนักศึกษาหญิง South African กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาหญิงที่อยู่หอพักจำนวน 124 คน งานวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางศาสนาและเจตคติต่อการทำแท้ง ผลการวิจัยพบว่าร้อยละ 76 ของนักศึกษาที่รายงานตัวเองว่าเคร่งศาสนา มีเจตคติที่ไม่ดีต่อการทำแท้งอย่างชัดเจน

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นจะพบว่าเจตคติต่อการทำแท้ง (Attitude toward abortion) เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำแท้ง กล่าวคือ ผู้ที่มีเจตคติที่ดีต่อการทำแท้งจะมีแนวโน้มที่จะมีเจตนาในการทำแท้งมากกว่าผู้ที่มีเจตคติที่ไม่ดีต่อการทำแท้ง

## 5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและเจตนาในการทำแท้ง

Jones และคณะ (2011) ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่ทำแท้งจำนวน 9,493 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างกว่า 82% รายงานว่าคู่ของตนรับรู้การทำแท้ง ในขณะที่ผู้หญิงที่รายงานการใช้ความรุนแรงในคู่ของตนจะมีแนวโน้มที่พ่อของเด็กรับรู้การทำแท้งน้อยกว่าคู่ที่ไม่รายงานการใช้ความรุนแรง และจากกลุ่มตัวอย่างที่รายงานว่ามีคู่ของตนรับรู้การทำแท้งพบว่า มากกว่า 2 ใน 3 รายงานว่าคู่ของตนให้การสนับสนุนการทำแท้ง ดังนั้นผู้หญิงที่ทำแท้งส่วนใหญ่มักจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่ของตน

Foster และคณะ (2012) พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากพ่อแม่หรือคนรักทำให้ผู้หญิงมีความมั่นใจในการทำแท้งและตัดสินใจทำแท้งมากขึ้น

Major และคณะ (1990) พบว่าผู้หญิงที่ทำแท้งและได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่ของตน ครอบครัว และเพื่อน จะพบว่ามีอาการปรับตัวภายหลังการทำแท้งได้ดีกว่า เพราะการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อระดับความมั่นใจในตนเอง และมีความมั่นใจว่าตนเองจะสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ภายหลังการทำแท้งได้ ในขณะที่ผู้หญิงที่บอกคนใกล้ชิดถึงการทำแท้งแต่ไม่ได้รับการสนับสนุน จะมีปัญหาในการปรับตัวหลังการทำแท้งมากกว่าผู้หญิงที่ได้รับการสนับสนุนหรือผู้หญิงที่ไม่บอกคนใกล้ชิด

การได้รับการสนับสนุนจากคู่ของตน ส่งผลต่อการปรับตัวที่ดีของผู้หญิงภายหลังทำแท้ง และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการตัดสินใจทำแท้ง (Kroelinger & Oths, 2000; Finer และคณะ, 2005; Shuping, 2011, Ney และคณะ, 2013) จากงานวิจัยพบว่าหลายครั้งที่ผู้หญิงตัดสินใจทำแท้งส่วนใหญ่เกิดจากการถูกละทิ้งจากของคู่รักของตน (Kroelinger & Oths, 2001; Finer และคณะ, 2005; Shuping, 2011; Ney และคณะ, 2013) จากงานวิจัยพบว่า ผู้หญิงหลายคนระบุปัจจัยสำคัญที่ช่วยในการตัดสินใจทำแท้ง ว่ามาจากคู่ครองของตนสนับสนุนการทำแท้ง (Finer และคณะ, 2005; Shuping, 2011; Biggs และคณะ, 2013)

Ralph และคณะ (2014) ทำการศึกษาบทบาทของผู้ปกครองที่มีต่อผู้เยาว์ในการตัดสินใจทำแท้งและการปรับตัวภายหลังการทำแท้ง พบว่าผู้เยาว์ส่วนใหญ่พึ่งพาครอบครัวและคู่ของตนในการตัดสินใจทำแท้ง และแสวงหาการสนับสนุนการทำแท้งจากครอบครัวและคู่ของตน โดยผู้เยาว์ส่วนใหญ่รายงานว่าแม่ (64%) และคู่ของตน (84%) รับรู้การทำแท้ง ผลการวิจัยพบว่ายิ่งเด็กมีอายุน้อย แม่มักมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทำแท้งมากกว่าคู่ของตน โดยผู้เยาว์ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนการทำแท้งจากครอบครัวจะมีความมั่นใจในการทำแท้งต่ำกว่าและมีปัญหาการปรับตัวภายหลังการทำแท้ง

ดังนั้นจากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นจะพบว่า การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกับการตัดสินใจทำแท้ง กล่าวคือ การได้รับการสนับสนุนการทำแท้งจากครอบครัว เพื่อน หรือคนรัก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจทำแท้ง และช่วยลดความวิตกกังวลจากการทำแท้ง โดยสามารถอธิบายได้ว่าหากบุคคลรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในด้านการทำแท้งสูง ก็จะมีเจตนาการทำแท้งสูงด้วยเช่นกัน

### 5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวกับความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งและเจตนาในการทำแท้ง

งานศึกษาของ Herek (2009 อ้างถึงใน Cockrill & Nack, 2013) ศึกษาเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์การทำแท้งของผู้หญิง พบลักษณะของผู้ที่มีความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง ดังนี้

1. มีกระบวนการคิดภายในที่ตีตราตนเอง (Internalized Stigma) คือการมีความเชื่อไปในทิศทางเดียวกันกับที่คนในสังคมเหมารวมยอมรับวัฒนธรรมในสังคมที่ไม่สนับสนุนการทำแท้ง เมื่อพฤติกรรมทำแท้งขัดกับความคาดหวัง บรรทัดฐาน วัฒนธรรมของสังคม ทำให้ผู้ที่ทำแท้งเกิดการตีความว่าตนเองแปลกแยกแตกต่างจากผู้หญิงคนอื่นในสังคม (Scharwächter, 2008 อ้างถึงใน Kumar, Hessini & Mitchell, 2009) ฉะนั้นผู้ที่ทำแท้งจึงเกิดการตีตราตนเอง และตัดสินใจการกระทำของตนเองว่าเป็นความเห็นแก่ตัวหรือผิดศีลธรรม

ตัวอย่างการศึกษาค้นคว้าความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งของ Cockrill และ Nack (2013) ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อทำความเข้าใจความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งและกลวิธีลดความรู้สึกเป็นตราบาปในผู้ที่ทำแท้งในสหรัฐอเมริกา ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ทำแท้ง จำนวน 34 คน พบว่าในบรรดาผู้ให้

สัมภาษณ์มีถึง 17 คน คิดเป็นร้อยละ 65 ที่ปรากฏการตีตราตนเอง โดยกล่าวคำแสดงคุณลักษณะทางลบเพื่อใช้บรรยายผู้อื่นที่ตัดสินใจทำแท้ง เช่น ไม่ระมัดระวัง (Careless) ไม่รับผิดชอบ (Irresponsible) โง่ (Stupid)

2. ความรู้สึกถึงตราบาป (Feel stigma) มีการประเมินและคาดการณ์ถึงเจตคติของผู้อื่น และผลที่อาจเกิดขึ้นจากเจตคติของผู้อื่น Cockrill และ Nack (2013) รายงานว่าผู้ให้สัมภาษณ์มีการจินตนาการถึงปฏิกิริยาทางลบของผู้อื่นหากเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ การตัดสินใจทำแท้ง หรือเปิดเผยประวัติในการทำแท้ง โดยเฉพาะปฏิกิริยาทางลบจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญอื่นที่ต่อต้านการทำแท้ง เช่น การวิจารณ์อย่างรุนแรง ไม่ให้ความช่วยเหลือหรือยุ่งเกี่ยว หรือขับไล่ ความกลัวที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ที่มีความรู้สึกเป็นตราบาปปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับการทำแท้งของตน

Shellenberg และ Tsui (2012) ศึกษาสำรวจผู้ที่ทำแท้งในสหรัฐอเมริกา จำนวน 4,188 คน พบว่า 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่าจะได้รับการดูถูกจากสังคม เขี่ยเหยียดเหยียด เมื่อสังคมทราบว่าเคยทำแท้ง ยิ่งไปกว่านั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งรายงานว่าการเก็บเรื่องการทำแท้งเป็นความลับไม่ให้เพื่อนและคนในครอบครัวทราบ

3. การถูกตีตรา (Enacted stigma) กล่าวถึงการประสบกับพฤติกรรมตีตราทั้งที่แสดงออกชัดเจนและแสดงออกโดยนัย ลักษณะพฤติกรรมจะเป็นการตัดสินหรือเหมารวมผู้ที่ทำแท้งไปในทางไม่ดี ผู้ให้สัมภาษณ์ในงานวิจัยของ Cockrill และ Nack (2013) กล่าวถึงปฏิกิริยาของเพื่อนสนิทว่า “ฉันสูญเสียเพื่อนสนิทที่ดีที่สุดไปในทันที เพราะเธอไม่สนับสนุนการทำแท้ง ในตอนที่ฉันเปิดเผยเรื่องการทำแท้ง เธอหันหลังให้ฉันทำเหมือนกับว่า เธอไม่เคารพในตัวฉันอีกเพราะสิ่งที่ฉันทำ (การทำแท้ง)” (Alicia, p.981)

ผู้ให้สัมภาษณ์บางราย ประสบกับปฏิกิริยาทางลบจากคนรัก เช่น การปราคาการกระทำว่าไม่ต่างจากการฆ่าคน และไม่ให้ความช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการทำแท้ง

การถูกปฏิเสธการรับบริการทำแท้งจากแพทย์ เป็นตัวอย่างหนึ่งของพฤติกรรมการทำแท้งเช่นกัน Cockrill และ Nack (2013) รายงานว่า มีผู้ให้สัมภาษณ์จำนวน 14 คน เล่าถึงการถูกกีดกันเมื่อพวกเขาต้องการทำแท้งหรือเปิดเผยประวัติการทำแท้งของตน หนึ่งในบรรดาผู้ให้สัมภาษณ์ รายงานว่า เธอถูกแพทย์ปฏิเสธการรับทำแท้ง เนื่องจากเห็นว่าเป็นการทำลายตัวอ่อนในครรภ์

ในการวัดความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง Cockrill และคณะ (2013) ต้องการสร้างเครื่องมือให้สามารถวัดตราบาปในการทำแท้งในเชิงปริมาณ เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีมาตรวัดตราบาปในการทำแท้งที่เป็นมาตรฐาน โดยมีขั้นตอนตั้งแต่การสร้างมโนทัศน์ของความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง โดยวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้หญิงที่มีประสบการณ์การทำแท้งจำนวน 34 คน ในสหรัฐอเมริกา และทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับตราบาปต่างๆ มาสร้างข้อกระทงเพื่อศึกษาความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งเบื้องต้น จำนวน 66 ข้อกระทงโดยมีเนื้อหาครอบคลุม 3 องค์ประกอบตามแนวคิดของ Herek (2009) ได้แก่ ด้านกระบวนการคิดภายในที่ตีตรา ด้านความรู้สึกถึงตราบาป และด้านการถูกตีตรา

ต่อมาในขั้นการทดสอบมาตรวัด ผู้วิจัยวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) และทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การจัดกลุ่มองค์ประกอบของมาตรใหม่ และตัดข้อกระทงบางส่วนออก ในท้ายที่สุดจึงได้มาตรวัดความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง (the Individual Level Abortion Stigma scale หรือ ILAS scale) ที่ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบได้แก่ ความกังวลในการตัดสินใจ (Worries about judgment) ความรู้สึกแปลกแยก (Isolation) โดยในที่นี้ใช้คำว่าความรู้สึกสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด การตัดสินตนเอง (Self-judgment) และการรับรู้การตัดสินจากสังคม (Community condemnation) มีข้อกระทงทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ

ในปี 2011 ชุดข้อกระทงดังกล่าวถูกนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง จำนวน 627 คน ใน 13 รัฐของสหรัฐอเมริกา มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของทั้งมาตรวัดเท่ากับ .88 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคทั้ง 4 องค์ประกอบอยู่ระหว่าง .80 ถึง .90

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้หญิงที่นับถือคริสต์ศาสนานิกายโรมันคาทอลิกและนิกายโปรเตสแตนต์มีค่าคะแนนความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งสูงกว่าผู้หญิงที่ไม่นับถือศาสนา ส่วนการวิเคราะห์แยกคะแนนในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า ผู้หญิงที่เคร่งศาสนาจะมีคะแนนด้านการตัดสินตนเองและการรับรู้การตัดสินจากสังคมสูงกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาด้วยกัน

กล่าวได้ว่า ความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งประกอบด้วย การยอมรับเจตคติไม่สนับสนุนการทำแท้งของสังคมจนตีตราตนเอง ความกลัวปฏิกิริยาทางลบจากผู้อื่น รวมถึงความรู้สึกทางลบต่อตนเองจากการ

เผชิญกับปฏิกิริยาทางลบจากคนในสังคมที่ไม่เห็นด้วยกับการทำแท้ง (Cockrill & Nack, 2013) ฉะนั้น ความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งที่เกิดจากการเรียนรู้ประสบการณ์ที่ตนเผชิญและการทำนายผลของการกระทำในอนาคตจะมีผลกับการตัดสินใจหาทางออกการตั้งครรภ

เห็นได้ว่าความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งประกอบด้วย การยอมรับเจตคติไม่สนับสนุนการทำแท้งของสังคมจนตีตราตนเอง ความกลัวปฏิกิริยาทางลบจากผู้อื่น รวมถึงความรู้สึกทางลบต่อตนเองจากการเผชิญกับปฏิกิริยาทางลบจากคนในสังคมที่ไม่เห็นด้วยกับการทำแท้ง (Cockrill & Nack, 2013) ฉะนั้นความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งที่เกิดจากการเรียนรู้ประสบการณ์ที่ตนเผชิญและการทำนายผลของการกระทำในอนาคตจึงมีความเป็นไปได้ที่ความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งจะมีผลกับการตัดสินใจหาทางออกการตั้งครรภโดยไม่ตั้งใจ

ในการศึกษาประสบการณ์ของการเป็นหญิงตั้งครรภวัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงานในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย จำนวน 17 ราย อายุระหว่าง 15 ถึง 18 ปี (ศศิพันธ์ และคณะ, 2556) ผลการศึกษาพบว่า หญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภโดยไม่พร้อมเลือกที่จะเปิดเผยการตั้งครรภแทนการการทำแท้ง เพราะเห็นว่าการเปิดเผยเรื่องราวถือเป็นวิธีรอมชอมที่สุดที่ทำให้ผู้ตั้งครรภไม่ต้องทำบาปและไม่ทำผิดกฎหมาย ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ตอนที่รู้ว่าท้องก็คิดว่าจะไปทำแท้ง แต่พอคุยกับแม่ แม่บอกว่าไม่ต้องไปทำกลัวบาป เพราะเคยไปดูหมอดูกับแม่ แม่เคยทำแท้ง หมอดูเค็บอกแม่ว่า ลูกที่เราไปทำแท้งเค็บยังตามเรามาตลอด แม่เลยกลัวหนูเป็นแบบแม่” (ผู้ให้ข้อมูลลำดับที่ 4, น. 22)

“ท้องทั้งที่ยังเรียนไม่จบ ถ้าชาวบ้านรู้ว่าหนูท้อง เขาก็จะเล่าลือกัน หนูไม่ยอมให้พ่อแม่เสียใจ ไม่ยอมยกอายคน จะทำแท้ง แฟนก็บอกว่า ไรนุ่ก็มีแล้ว ก็มีแล้วก็มีซะ ไปทำแท้งจะบาป ตอนนั้นเลยรู้สึกสับสนอยู่ ไม่รู้จะเอาไงดี” (ผู้ให้ข้อมูลลำดับที่ 6, น. 24)

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นจะพบว่า ความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง (Abortion stigma) เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำแท้ง กล่าวคือ ความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง มีความสัมพันธ์ทางลบกับการตัดสินใจทำแท้ง โดยสามารถอธิบายได้ว่าหากบุคคลมีความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งสูง ก็จะมีเจตนาการทำแท้งต่ำ

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการทำแท้ง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง กับเจตนาในการทำแท้ง ในกลุ่มนักศึกษา ระดับปริญญาตรี เพศหญิง

## สมมติฐานงานวิจัย

เจตคติต่อการทำแท้ง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง สามารถร่วมกันทำนายเจตนาในการทำแท้งได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ซึ่งมีอายุระหว่าง 18-22 ปี เป็นจำนวน 200 คน เป็นกลุ่มนิสิตและนักศึกษา มีคุณสมบัติดังนี้ คือ 1.ไม่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ 2.ไม่อยู่ในระหว่างกำลังตัดสินใจว่าจะทำแท้ง

## ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพื่อให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการทำแท้ง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง กับเจตนาในการทำแท้ง
2. การศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดเจตนาในการทำแท้ง เพื่อให้ผลการวิจัยครั้งนี้นำไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาต่อยอด เพื่อวางแผนในการรับมือและป้องกันเกี่ยวกับปัญหาการทำแท้งในหญิงไทย

## คำจำกัดความ

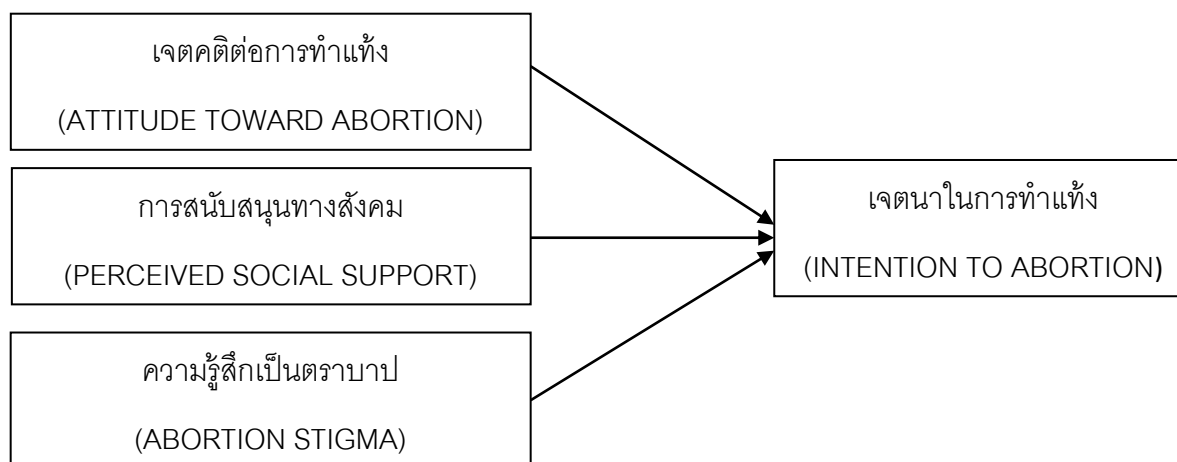
1. พฤติกรรมการทำแท้ง หมายถึงการสิ้นสุดของการตั้งครรภ์ ก่อนที่ทารกจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้นอกครรภ์มารดา (โครงการสาธารณสุขไทยสำหรับเยาวชน, ม.ป.ป.)
2. เจตนาในการทำแท้ง หมายถึง ความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมทำแท้งเมื่อตั้งครรภ์
3. เจตคติต่อการทำแท้ง หมายถึง การประเมินความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลต่อการทำแท้งว่าเป็นไปในทิศทางบวกหรือลบ แนวโน้มเป็นไปในทิศทางบวกคือสนับสนุนการทำแท้ง แนวโน้มเป็นไปในทิศทาง

ลบคือไม่สนับสนุนการทำแท้ง

4. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการแลกเปลี่ยนทรัพยากรหรือข้อมูล ไม่ว่าจะเป็ความช่วยเหลือทางเครื่องมือ ทางอารมณ์หรือทางข้อมูล จากสังคมหรือจากบุคคลสำคัญ อันได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือคนรัก โดยมีเจตนาเพื่อส่งเสริมสุขภาพะทางจิตของบุคคลที่เป็นทุกข์ ทั้งนี้ทรัพยากรที่ได้รับอาจส่งผลได้ทั้งทางบวกและทางลบ

5. ความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง ผลที่เกิดจากคนในสังคมตัดสินตัวบุคคลที่ต้องการทำแท้งหรือผ่านการทำแท้งมาแล้วว่ามีมลทิน ทำให้บุคคลที่ต้องการทำแท้ง หรือผ่านการทำแท้งมาแล้ว รู้สึกอับอาย รู้สึกแปลกแยก และรู้สึกไม่มีคุณค่า

#### กรอบแนวคิดในการวิจัย





## บทที่ 2

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการทำแท้ง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง กับเจตนาในการทำแท้ง ในกลุ่มนักศึกษา ระดับปริญญาตรี เพศหญิง

#### กลุ่มตัวอย่าง

นิสิต นักศึกษาระดับปริญญาตรี เพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 200 คน มีคุณสมบัติดังนี้ คือ 1. ไม่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ 2. ไม่อยู่ในระหว่างกำลังตัดสินใจว่าจะทำแท้ง ดังนั้นคาดว่ากลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ จึงไม่น่าจะมีแนวโน้มจะรู้สึกอ่อนไหวต่อการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการทำแท้ง

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานศึกษา ระดับชั้นที่กำลังศึกษา

ส่วนที่ 2 มาตรวัดทั้งหมด 4 ฉบับ คือ

1. มาตรวัดเจตคติต่อการทำแท้ง (Attitudes about Abortion) โดย Stets และ Leik (1993)
2. มาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) โดย Zimet และคณะ (1988)
3. มาตรวัดความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง (Individual Level Abortion Stigma Scale) โดย Cockrill และคณะ (2013)
4. มาตรวัดเจตนาในการทำแท้ง โดยพัฒนาจาก Francis และคณะ (2004)

## ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

### 1. มาตรการวัดเจตคติต่อการทำแท้ง (Attitudes about Abortion) โดย Stets และ Leik (1993)

1.1 มาตรการวัดเจตคติต่อการทำแท้งถูกพัฒนาขึ้นในการศึกษาเจตคติเกี่ยวกับการทำแท้งและโครงสร้างของเจตคติที่แตกต่างกัน โดย Stets และ Leik (1993) ประกอบด้วยข้อกระทงทั้งหมดจำนวน 20 ข้อกระทง เป็นมาตรการประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังต่อไปนี้

ตาราง 1 เกณฑ์การให้คะแนนมาตรการวัดเจตคติต่อการทำแท้ง

ระดับความคิดเห็น	คะแนน	
	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5
ไม่เห็นด้วย	2	4
เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอๆกัน	3	3
เห็นด้วย	4	2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1

มาตรการวัดเจตคติต่อการทำแท้งแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบคือ การเข้าถึงการทำแท้ง ข้อกระทงที่ 1-10 เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด ด้านการยอมรับทางศีลธรรม ข้อกระทงที่ 11-17 เป็นข้อความทางลบทั้งหมด และด้านอิสระของผู้หญิงในการตัดสินใจทำแท้ง ข้อกระทงที่ 18 เป็นข้อความทางบวก ข้อกระทงที่ 19 และ 20 เป็นข้อกระทงทางลบ ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนข้อกระทงของมาตรการวัดเจตคติต่อการทำแท้ง จำแนกตามองค์ประกอบย่อยทั้งหมด 3 ด้าน

องค์ประกอบของมาตรการวัด	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ	จำนวนข้อ
ด้านการเข้าถึงการทำแท้ง	10	-	10
ด้านการยอมรับทางศีลธรรม	-	7	7
อิสระของผู้หญิงในการตัดสินใจทำแท้ง	1	2	3
รวม	11	9	20

1.2 ผู้วิจัยนำมาตรวจวัดเจตคติต่อการทำแท้งมาแปลเป็นภาษาไทย ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของภาษา จากนั้นนำไปให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 7 คนลองทำ และพูดคุยซักถามเกี่ยวกับความเข้าใจในภาษาและสำนวนภาษาที่ใช้ในมาตรวัด แล้วจึงนำมาปรับภาษาให้เหมาะสมและชัดเจน

1.3 ผู้วิจัยนำมาตรวจวัดเจตคติต่อการทำแท้งไปตรวจสอบคุณภาพโดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆในมาตรวัดเดียวกัน (Corrected item Total Correlation หรือ CITC) โดยเทียบกับค่า  $r$ วิกฤต (Critical  $r$ ) ของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 [ $r(82) = .217$   $\alpha = .05$  (สองหาง)] พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆทุกข้อในมาตรวัด มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .866 โดยข้อกระทงแบ่งเป็น 3 ด้านดังนี้

1.3.1 ด้านการเข้าถึงการทำแท้ง จำนวน 10 ข้อกระทง ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆในมาตรวัด ทุกข้อผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .866 (ดูตาราง 14 ภาคผนวก ข)

1.3.2 ด้านการยอมรับทางศีลธรรม จำนวน 7 ข้อกระทง ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆในมาตรวัด ทุกข้อผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .874 (ดูตาราง 14 ภาคผนวก ข)

1.3.3 ด้านอิสระของผู้หญิงในการตัดสินใจ จำนวน 3 ข้อกระทง ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆในมาตรวัด มีข้อกระทง 1 ข้อ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ แต่เมื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยเห็นว่าควรมีข้อกระทงนี้ไว้ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .484 (ดูตาราง 14 ภาคผนวก ข)

## 2. มาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) โดย Zimet และคณะ (1988)

2.1 จากงานวิจัยจำนวนมากรายงานถึงการสนับสนุนทางสังคมส่งผลลดความเครียดเชิง โดยการวัดการสนับสนุนทางสังคม Zimet และคณะ (1988) ได้พัฒนามาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ

(Multidimensional Scale of Perceived Social Support) ซึ่งถูกใช้อย่างกว้างขวางทั้งในการวินิจฉัยสภาพจิตใจของผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาทางจิตเวช และมาตรวัดนี้ยังถูกนำมาใช้ในการสำรวจหรือวิจัยกับกลุ่มคนปกติ ดังเช่น การทดสอบกับกลุ่มหญิงท้องจำนวน 265 คน ( $\alpha = .92$ ), การทดสอบกับกลุ่มเด็กวัยรุ่นชาวยุโรปที่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวจำนวน 74 คน ( $\alpha = .84$ ), และบุคคลในแผนกกุมารเวชจำนวน 55 คน ( $\alpha = .90$ ) (Zimet และคณะ, 1990) มาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติเป็นมาตรวัดแบบสั้น และง่ายต่อการใช้ มี 12 ข้อกระทง โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามรายงานตนเอง เป็นมาตราการประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังต่อไปนี้

ตาราง 3 เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ

ระดับความคิดเห็น	คะแนน
	ข้อความทางบวก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
ไม่เห็นด้วย	2
เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอๆกัน	3
เห็นด้วย	4
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5

มาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติที่ถูกนำมาใช้กับสังคมไทย แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ : บุคคลพิเศษคือ ข้อกระทงที่ 1, 2, 5 และ 10 , ครอบครัวคือ ข้อกระทงที่ 3, 4, 8, และ 11 และเพื่อนคือ ข้อกระทงที่ 6, 7, 9, และ 12 เพื่อป้องกันความสับสนที่ผู้ตอบแบบสอบถามมักจะเหมารวมบุคคลพิเศษ ไว้ร่วมกับครอบครัว หรือ เพื่อน ( ทินกรและคณะ, 2011) มาตรที่ใช้วัดในการวิจัยนี้ ทางคณะผู้วิจัยจึงใส่คำว่า “คนรัก” แทน “บุคคลพิเศษ”

ตาราง 4 จำนวนข้อกระทงของมาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติจำแนกตามองค์ประกอบย่อยทั้งหมด 3 ด้าน

องค์ประกอบของมาตรวัด	ข้อความทางบวก	จำนวนข้อ
การสนับสนุนจากคนรัก	4	4
การสนับสนุนจากครอบครัว	4	4
การสนับสนุนจากเพื่อน	4	4
รวม	12	12

2.2 ผู้วิจัยนำมาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติมาแปลเป็นภาษาไทยและให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของภาษา จากนั้นนำไปให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 7 คนลองทำ และพูดคุยซักถามเกี่ยวกับความเข้าใจในภาษาและสำนวนภาษาที่ใช้ในมาตรวัด แล้วจึงนำมาปรับภาษาให้เหมาะสมและชัดเจน

2.3 ผู้วิจัยนำมาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติไปตรวจสอบคุณภาพโดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆในมาตรวัดเดียวกัน (Corrected item Total Correlation หรือ CITC) โดยเทียบกับค่า  $r$ วิกฤต (Critical  $r$ ) ของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 [ $r(82) = .217$   $\alpha = .05$  (สองหาง)] พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆทุกข้อในมาตรวัด มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .903 โดยข้อกระทงแบ่งเป็น 3 ด้านดังนี้

2.3.1 ด้านการสนับสนุนจากคนรัก จำนวน 4 ข้อกระทง ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆในมาตรวัด ทุกข้อผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .887 (ดูตาราง 15 ภาคผนวก ข)

2.3.2 ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 4 ข้อกระทง ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆในมาตรวัด ทุกข้อผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .884 (ดูตาราง 15 ภาคผนวก ข)

2.3.3 ด้านการสนับสนุนจากเพื่อน จำนวน 3 ข้อกระทง ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆในมาตรวัด ทุกข้อผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .932 (ดูตาราง 15 ภาคผนวก ข)

### 3. มาตรวัดความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง (Individual Level Abortion Stigma Scale) Cockrill และคณะ (2013)

3.1 ผู้วิจัยใช้มาตรวัดความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งของ Cockrill และคณะ (2013) ประกอบด้วยข้อกระทงทั้งหมดจำนวน 20 ข้อกระทง เป็นมาตราการประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังต่อไปนี้

ตาราง 5 เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง

ระดับความคิดเห็น	คะแนน
	ข้อความทางลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
ไม่เห็นด้วย	4
เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอๆกัน	3
เห็นด้วย	2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

มาตรวัดความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ คือ ด้านความกังวลในการตัดสินใจ คือ ข้อกระทงที่ 1-7 เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด ด้านการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด คือ ข้อกระทงที่ 8-13 เป็นข้อความทางลบทั้งหมด ด้านการตัดสินใจตนเอง คือ ข้อกระทงที่ 14,16,17,18 เป็นข้อความทางบวก ข้อกระทงที่ 15 เป็นข้อความทางลบ , และด้านการรับรู้การตัดสินใจทางสังคม คือ ข้อกระทงที่ 19-20 เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด ดังตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนข้อกระทงของมาตรวัดความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งจำแนกตามองค์ประกอบย่อยทั้งหมด 4 ด้าน

องค์ประกอบของมาตรวัด	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ	จำนวนข้อ
ด้านความกังวลในการตัดสินใจ	7	-	7
ด้านการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด	-	6	6
ด้านการตัดสินใจตนเอง	4	1	5
ด้านการรับรู้การตัดสินใจทางสังคม	2	-	2
รวม	11	7	20

3.2 ผู้วิจัยนำมาตรวัดความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งมาแปลเป็นภาษาไทยและให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของภาษา จากนั้นนำไปให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 7 คนลองทำ และพูดคุยซักถามเกี่ยวกับความเข้าใจในภาษาและสำนวนภาษาที่ใช้ในมาตรวัด แล้วจึงนำมาปรับภาษาให้เหมาะสมและชัดเจน

3.3 ผู้วิจัยนำมาตรวัดความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งไปตรวจสอบคุณภาพโดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆในมาตรวัดเดียวกัน (Corrected item Total Correlation หรือ CITC) โดยเทียบกับค่า r วิกฤต (Critical r) ของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 [ $r(82) = .217$   $\alpha = .05$  (สองหาง)] พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆทุกข้อในมาตรวัด มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .898 โดยข้อกระทงแบ่งเป็น 3 ด้านดังนี้

3.3.1 ด้านความกังวลในการตัดสินใจจำนวน 7 ข้อกระทง ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆในมาตรวัด ทุกข้อผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .915 (ดูตาราง 16 ภาคผนวก ข)

3.3.2 ด้านการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด จำนวน 6 ข้อกระทง ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆในมาตรวัด ทุกข้อผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .908 (ดูตาราง 16 ภาคผนวก ข)

3.3.3 ด้านการตัดสินใจตนเอง จำนวน 5 ข้อกระทง ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆในมาตรวัด ทุกข้อผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .852 (ดูตาราง 16 ภาคผนวก ข)

3.3.4 ด้านการรับรู้การตัดสินใจจากสังคม จำนวน 2 ข้อกระทง ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆในมาตรวัด ทุกข้อผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .887 (ดูตาราง 16 ภาคผนวก ข)

#### 4. มาตรวัดเจตนาในการทำแท้ง (Intention to abortion)

4.1 มาตรวัดเจตนาในการทำแท้งถูกพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The Theory of Planned Behavior: TPB) โดย Ajzen โดยใช้แนวคิดการพัฒนามาตรของ Francis และคณะ (2004)

ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการวัดเจตนาโดยทั่วไป (Generalised intention) โดยใช้ 3 คำถามคือ คาดว่า (Expect) ต้องการ (Want) และตั้งใจ (Intend) โดยนำข้อความมาเรียบเรียงและปรับปรุงโครงสร้างใหม่ ให้ความจำเพาะเกี่ยวกับเจตนาในการทำแท้งประกอบด้วยข้อกระทงทั้งหมดจำนวน 3 ข้อกระทง โดยข้อกระทงที่ 1 เป็นข้อความทางลบ และข้อกระทงที่ 2 กับ 3 เป็นข้อความทางบวก มาตรวัดเจตนาในการทำแท้งเป็นมาตราการประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังต่อไปนี้

ตาราง 7 เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดเจตนาในการทำแท้ง

ระดับความคิดเห็น	คะแนน	
	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5
ไม่เห็นด้วย	2	4
เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอๆกัน	3	3
เห็นด้วย	4	2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1



4.2 ผู้วิจัยนำมาตรวัดเจตนาในการทำแท้งมาแปลเป็นภาษาไทยและให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของภาษา จากนั้นนำไปให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 7 คนลองทำ และพูดคุยซักถามเกี่ยวกับความเข้าใจในภาษาและสำนวนภาษาที่ใช้ในมาตรวัด แล้วจึงนำมาปรับภาษาให้เหมาะสมและชัดเจน

4.3 ผู้วิจัยนำมาตรวัดเจตคติต่อการทำแท้งไปตรวจสอบคุณภาพโดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ ในมาตรวัดเดียวกัน (Corrected item Total Correlation หรือ CITC) โดยเทียบกับค่า  $r$  วิกฤต (Critical  $r$ ) ของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 [ $r(82) = .217$   $\alpha = .05$  (สองหาง)] พบว่าผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ ในมาตรวัด ทุกข้อผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .884 (ดูตาราง 17 ภาคผนวก ข)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีแจกแบบสอบถามโดยตรงกับกลุ่มตัวอย่างและแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ (Online questionnaire) ทั้งหมดจำนวน 217 ชุด ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามโดยตรงแก่นิสิตหญิงของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทั้งหมดจำนวน 104 ชุด โดยใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบรายชื่อสะดวก (Convenience sample) ผู้วิจัยใช้วิธีแจกแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์นิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศไทยทั้งหมดจำนวน 113 ชุด โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling) หรือการส่งให้กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัยต่างๆ ก่อนขอให้นักศึกษาหญิงผู้ตอบแบบสอบถามส่งแบบสอบถามต่อไปยังนักศึกษาหญิงคนอื่นในมหาวิทยาลัยเดียวกันในการเก็บแบบสอบถามโดยตรงและแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ผู้วิจัยเน้นย้ำเรื่อง การรักษาความลับของข้อมูลโดยการไม่ระบุตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่มีสมบูรณ์เท่านั้นมาใช้ในการวิเคราะห์ ดังนั้นข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ได้จึงมีทั้งหมดจำนวน 193 ชุด

ตาราง 8 จำนวนร้อยละของแบบสอบถามที่ผ่านและไม่ผ่านการคัดเลือกจากการสำรวจมาได้ทั้งหมด จำแนกตามรูปแบบการเก็บสำรวจ (N=217)

	ลักษณะ	จำนวน(ชุด)	ร้อยละ
1. ชุดแบบสอบถามแจกสำรวจด้วยตนเอง	ผ่านการคัดเลือก	87	40.09
	ไม่ผ่านการคัดเลือก (ตอบไม่ครบ)	17	7.83
	รวม	104	47.93
2. ชุดแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ (Online questionnaire)	ผ่านการคัดเลือก	106	48.85
	ไม่ผ่านการคัดเลือก (ตอบไม่ครบ)	3	1.38
	ไม่ผ่านการคัดเลือก (ผู้ตอบเป็นเพศชาย)	4	1.84
	รวม	113	52.07
รวมแบบสอบถามที่ผ่านการคัดเลือก		193	88.94

จากตาราง 8 แสดงได้ว่าชุดแบบสอบถามที่ผ่านการคัดเลือกเพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ที่มีประมาณร้อยละ 89 จากแบบสอบถามทั้งหมดที่นำแจกสำรวจ โดยแบบสอบถามแจกสำรวจด้วยตนเองและแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์มีปริมาณชุดที่ใกล้เคียงกัน สำหรับชุดแบบสอบถามแจกสำรวจด้วยตนเองที่พิจารณาคัดทิ้งไปทั้งสิ้น 17 ชุด เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ผู้ตอบตอบไม่ครบถ้วนทุกข้อ ทำให้ชุดแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณสมบัติไม่ตรงตามเกณฑ์และขาดคุณภาพที่สามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์ได้ ส่วนชุดแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ที่คัดทิ้งไปจำนวน 7 ชุด เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ผู้ตอบตอบไม่ครบถ้วนทุกข้อจำนวน 3 ข้อ และอีกจำนวน 4 ชุดเป็นแบบสอบถามที่ถูกลบโดยเพศชาย ซึ่งไม่ตรงตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างดังนั้นชุดแบบสอบถามทั้ง 7 ชุดดังกล่าว จึงขาดคุณภาพที่สามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์ได้

## การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความแปรปรวน เป็นต้น
2. ใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlations) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการทำแท้งกับเจตนาในการทำแท้ง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับเจตนาในการทำแท้ง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นตราบาปกับเจตนาในการทำแท้ง
3. การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression) วิเคราะห์เจตคติต่อการทำแท้ง การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาปกับเจตนาในการทำแท้ง

## การนำเสนอข้อมูล

1. แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอในรูปแบบตารางแสดงผล
2. แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปร ที่มีความสามารถในการทำนาย เจตนาในการทำแท้ง โดยนำเสนอในรูปแบบตารางวิเคราะห์เจตนาในการทำแท้ง

### บทที่ 3

#### ผลการวิจัย

การเสนอผลการวิเคราะห์เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการทำแท้ง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง กับเจตนาในการทำแท้ง คณะผู้วิจัยนำเสนอโดยแบ่งออกเป็นสองตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression)

#### ตอนที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจำแนกตามอายุ สถาบันการศึกษา ชั้นปีและสถานะความสัมพันธ์ (N=193)

ตัวแปร		ความถี่	ร้อยละของความถี่
1. เพศ	หญิง	193	100
	รวม	193	100
	2. อายุ		
	18	11	5.7
	19	66	34.2
	20	50	25.9
	21	32	16.6
	22	23	11.9
	23	9	4.7
	24	2	1.0
	รวม	193	100.0

$$\bar{X} = 20.13, SD = 1.34$$

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจำแนกตามอายุ สถาบันการศึกษา ชั้นปีและสถานะความสัมพันธ์ (N=193) (ต่อ)

1. สถานศึกษา		
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	95	49.2
มหาวิทยาลัยมหิดล	25	13.0
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	15	7.8
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี	9	4.7
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	7	3.6
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	5	2.6
มหาวิทยาลัยนเรศวร	5	2.6
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	5	2.6
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	4	2.1
มหาวิทยาลัยบูรพา	4	2.1
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา	3	1.6
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี	2	1.0
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2	1.0
มหาวิทยาลัยศิลปากร	2	1.0
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี	2	1.0
สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง	1	0.5
สถาบันการbinพลเรือน	1	0.5
วิทยาลัยดุสิตธานี	1	0.5
มหาวิทยาลัยสยาม	1	0.5
มหาวิทยาลัยรังสิต	1	0.5
มหาวิทยาลัยพะเยา	1	0.5
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	1	0.5
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์	1	0.5
รวม	193	100.0

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจำแนกตามอายุ สถาบันการศึกษา ชั้นปีและสถานะความสัมพันธ์ (N=193) (ต่อ)

ตัวแปร	ความถี่	ร้อยละของความถี่
4. ชั้นปี		
1	72	37.3
2	53	27.5
3	31	16.1
4	33	17.1
5	4	2.1
รวม	193	100.0
5. สถานะความสัมพันธ์		
มีคนรัก	66	34.2
ไม่มีคนรัก	127	65.8
รวม	193	100.0

จากตาราง 9 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีจำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 18-24 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 19 ปี มีจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 34.2 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 49.2 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ศึกษาระดับชั้นปริญญาตรีปีที่ 1 มีจำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 37.3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และส่วนใหญ่มีสถานะความสัมพันธ์แบบไม่มีคนรัก จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 65.8 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรต่าง ๆ ในงานวิจัย (N=193)

ตัวแปร	Range	M	SD	MIN	MAX
เจตคติต่อการทำแท้ง	1-5	2.52	0.55	1.1	4.1
การสนับสนุนทางสังคม	1-5	3.94	0.58	1.17	5
ความรู้สึกรับผิดชอบในการทำแท้ง	1-5	3.65	0.53	2.25	4.9
เจตนาในการทำแท้ง	1-5	2.02	0.83	1	4.33

จากตาราง 10 แสดงผลการรายงานค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคะแนนต่ำสุดและค่าคะแนนสูงสุดของแต่ละตัวแปรในการศึกษา พบว่า มาตรการเจตคติต่อการทำแท้ง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.52 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.55 มีคะแนนต่ำสุด 1.1 – สูงสุด 4.1

มาตรการการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.58 มีคะแนนต่ำสุด 1.17 - สูงสุด 5

มาตรการความรู้สึกรับผิดชอบในการทำแท้ง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.53 มีคะแนนต่ำสุด 2.25 - สูงสุด 4.9

มาตรการเจตนาในการทำแท้ง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.02 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.83 มีคะแนนต่ำสุด 1 - สูงสุด 4.33

ตาราง 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการทำแท้ง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกรับผิดชอบในการทำแท้ง และเจตนาในการทำแท้ง (N=193)

ตัวแปร	เจตคติต่อการ ทำแท้ง	การสนับสนุน ทางสังคม	ความรู้สึกรับ ผิดชอบใน การทำแท้ง	เจตนาในการ ทำแท้ง
เจตคติต่อการทำแท้ง	1			
การสนับสนุนทางสังคม	-.070	1		
ความรู้สึกรับผิดชอบในการทำแท้ง	-.491**	.215**	1	
เจตนาในการทำแท้ง	.436**	-.059	-.258**	1

\*\* $p < .01$  (2-tailed)

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาจากราง 11 พบว่าค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน เจตคติต่อการทำแท้ง กับคะแนนเจตนาในการทำแท้งมีค่าเท่ากับ .436 ( $r=.436, p<.01$ , สองหาง) หมายความว่าเจตคติต่อการทำแท้งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตนาในการทำแท้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการสนับสนุนทางสังคม กับคะแนนเจตนาในการทำแท้งมีค่าเท่ากับ -.059 ( $r=-.059, p<.05$ , สองหาง) หมายความว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับเจตนาในการทำแท้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง กับคะแนนเจตนาในการทำแท้งมีค่าเท่ากับ -.258 ( $r=-.258, p<.01$ , สองหาง) หมายความว่ามีความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งมีความสัมพันธ์ทางลบกับเจตนาในการทำแท้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ตอนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression)

ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของเจตคติในการทำแท้ง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง ที่ทำนายเจตนาที่จะทำแท้ง ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression) (N=193)

ตัวแปรพยากรณ์	R	R Square	Adjusted R Square	R Square Change	F
เจตคติต่อการทำแท้ง, การรับรู้การสนับสนุนจากสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง	.439	.193	.180	.193	15.05

\*\*\* $p<.001$  (2-tailed)

จากราง 12 สามารถอธิบายได้ดังนี้

เจตคติต่อการทำแท้ง การรับรู้การสนับสนุนจากสังคมและความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแตกต่างจากศูนย์เท่ากับ .439 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 และตัวแปรสามารถอธิบายความแปรปรวนของเจตนาในการทำแท้งได้ร้อยละ 19



ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) คะแนนมาตรฐาน Beta ( $\beta$ ) และการทดสอบการมีนัยสำคัญทางสถิติของ Beta ( $\beta$ ) ที่ได้จากการวิเคราะห์โดยสถิติวิเคราะห์พหุคูณถดถอย โดยการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธีการคัดเลือกเข้าแบบปกติ ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังตาราง 13

ตาราง 13 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) คะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบการมีนัยสำคัญทางสถิติของ Beta จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression) (N=193)

ตัวแปรพยากรณ์ที่เข้าสมการ	b	SEb	Beta( $\beta$ )
(ค่าคงที่)	.871	.685	
เจตคติต่อการทำแท้ง	.620	.114	.436***
การสนับสนุนทางสังคม	-.027	.096	-.019
ความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง	-.084	.121	-.053

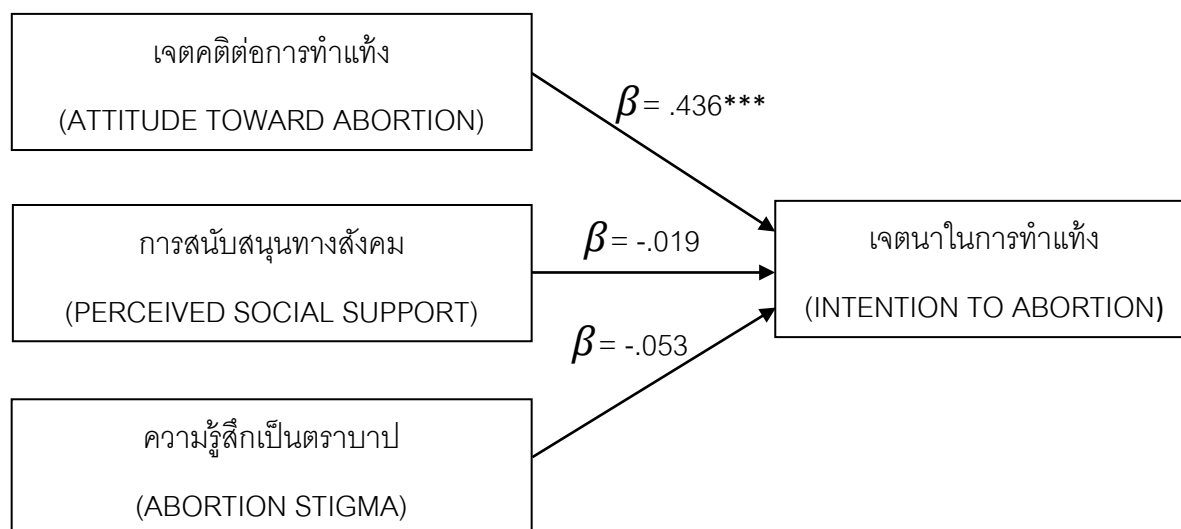
\*\*\* $p < .001$

จากตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย พบว่าเจตคติต่อการทำแท้งมีอิทธิพลสูงสุดในการทำนายเจตนาในการทำแท้งของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงผู้กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี ( $\beta = .436$ ,  $p < .001$ ) และพบว่าการสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = -.019$ ,  $p > .05$ ) และความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง ไม่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการทำแท้ง ( $\beta = -.053$ ,  $p > .05$ )

เจตนาในการทำแท้ง =  $.871 + .436^{***}$  เจตคติต่อการทำแท้ง +  $-.019$  การสนับสนุนทางสังคม +  $-.084$  ความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง

เจตคติต่อการทำแท้งสามารถทำนายเจตนาในการทำแท้งของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (b) เท่ากับ .620 หมายความว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเจตคติต่อการทำแท้งเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1 คะแนน จะทำให้เจตนาในการทำแท้งเพิ่มขึ้น .620 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ สามารถนำมาเขียนเป็นแผนภาพได้ดังนี้



## บทที่ 4

### อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการทำแท้ง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง กับเจตนาในการทำแท้ง จากการวิเคราะห์ข้อมูลในบทที่ 3 สามารถนำมาอภิปรายได้ดังนี้

#### สมมติฐานงานวิจัย

เจตคติต่อการทำแท้ง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง สามารถร่วมกันทำนายเจตนาในการทำแท้งได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### ผลการวิจัย

จากการวิจัยพบว่าเจตคติต่อการทำแท้งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตนาในการทำแท้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r=.436$ ) และมีอิทธิพลในการทำนายเจตนาในการทำแท้ง ( $\beta= .436, p<.001$ )

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับเจตนาในการทำแท้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=-.059$ ) และไม่มียอิทธิพลในการทำนายเจตนาในการทำแท้ง ( $\beta= -.019, p>.05$ )

ความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งมีความสัมพันธ์ทางลบกับเจตนาในการทำแท้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r=-.258$ ) แต่ไม่มีอิทธิพลในการทำนายเจตนาในการทำแท้ง ( $\beta= -.053, p>.05$ )

ตัวแปรเจตคติต่อการทำแท้ง การรับรู้การสนับสนุนจากสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการทำแท้งได้ ร้อยละ 19.3 ( $R^2 = .193, p< .001$ )

#### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า เจตคติต่อการทำแท้งสามารถทำนายเจตนาในการทำแท้งได้ เนื่องจากบุคคลมีความรู้สึกคิดเห็นประเมินพฤติกรรมกรรมการทำแท้งไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่มีต่อเป้าหมายเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เผชิญ (Allport, 1935) จากผลการวิจัยพบว่า เจตคติต่อการทำแท้งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตนาในการทำแท้ง อธิบายได้ว่า ถ้ากลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติที่ดีต่อการทำแท้ง จะมีเจตนาในการทำแท้งสูง หรือมีแนวโน้มในการทำแท้ง หรือถ้ากลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อการทำแท้งที่ไม่ดี จะมี

เจตนาในการทำแท้งต่ำ ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Miller (1994) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการให้กำเนิดบุตรกับเจตคติต่อการทำแท้ง ในคู่แต่งงาน 401 คู่ พบว่า เจตคติต่อการทำแท้งมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจทางลบในการให้กำเนิดบุตร กล่าวคือ เจตคติที่ดีต่อการทำแท้งสัมพันธ์กับ ความวิตกกังวลในการเป็นพ่อแม่ การเป็นภาระในการเลี้ยงดู และความเครียดของการเป็นพ่อแม่ ซึ่งเป็นปัจจัยให้บุคคลมีแรงจูงใจต่ำที่จะให้กำเนิดและเลี้ยงดูบุตร และจากงานวิจัยของ Foster และคณะ (2012) ยังพบอีกว่าบุคคลที่มีความเชื่อว่าการทำแท้งคือการฆ่าและกลัวไม่ได้รับการอภัยจากพระเจ้า เป็นปัจจัยทางที่จะทำให้ผู้หญิงมั่นใจในการตัดสินใจทำแท้งลดลง

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายเจตนาที่จะทำแท้งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้หญิงได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ไม่อาจสรุปได้ว่าจะสามารถส่งผลให้เกิดเจตนาที่จะทำแท้งเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้ เนื่องจากเจตคติต่อการทำแท้งในสังคมไทยยังคงไม่เห็นด้วยและต่อต้านการทำแท้ง ดังนั้นความเข้มข้นทางเจตคติจึงลดความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม (วิลาลินี พนานครทรัพย์, 2554) ดังจะเห็นจากงานวิจัยชิ้นนี้ ที่ศึกษาหญิงไทยผู้บรรลุนิติภาวะแล้ว มีสิทธิ และความสามารถในการตัดสินใจเรื่องต่างๆด้วยตนเอง โดยเฉพาะเรื่องการทำแท้งที่เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ที่ทำให้เกิดตราบาปในจิตใจ ผู้หญิงกลุ่มนี้จึงเลือกตัดสินใจโดยไม่พึ่งพาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และจากงานวิจัยของ Porritt (1972) ได้มีการศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมในภาวะวิกฤติ โดยพบว่าความสามารถของแหล่งสนับสนุนทางสังคมไม่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของภาวะวิกฤตินั้น แต่ปริมาณความช่วยเหลือที่ได้รับจะเป็นตัวระบุผลลัพธ์ของภาวะวิกฤติ ทั้งนี้ขึ้นกับวิธีการจัดการกับปัญหาของแต่ละบุคคล (coping behavior) หากบุคคลเป็นผู้แสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนก็จะสามารถนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมมาเป็นตัวช่วยในการจัดการกับปัญหาวิกฤติ และหากบุคคลเป็นประเภทหลีกเลี่ยงปัญหาก็จะไม่ใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมมาช่วยจัดการกับปัญหาวิกฤติ ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างในภาวะปกติ จึงไม่สอดคล้องกับการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างในภาวะวิกฤติว่าจะใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมมาเป็นตัวช่วยในการตัดสินใจหรือไม่ นอกจากนี้งานวิจัยชิ้นนี้ยังถือเป็นการวิจัยใหม่ เพราะในงานวิจัยก่อนหน้าเป็นการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมหลังจากผู้หญิงตัดสินใจทำแท้ง เช่น การศึกษาถึงผู้หญิงที่ทำแท้งรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของคู่รักและส่งผลต่อความมั่นใจในการตัดสินใจทำแท้ง (Forter และคณะ, 2012) และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อการปรับตัวภายหลังการทำแท้งได้ดียิ่งขึ้น (Major และคณะ, 1990; Kroelinger

และคณะ, 2000; Strahan, 2002; Finer และคณะ, 2005; Shuping, 2011; Ney และคณะ, 2013) โดยการศึกษาคั้งนี้ เป็นการศึกษถึงการสนับสนุนทางสังคมต่อการตัดสินใจทำแท้งในนักศึกษาหญิงซึ่งไม่มีความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ขณะไม่พร้อม เป็นการศึกษถึงการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตัดสินใจทำแท้ง

นอกจากนี้ผลการวิจัย ยังพบว่า ความรู้สึกเป็นตราบาบในการทำแท้งไม่สามารถทำนายเจตนาในการทำแท้งได้ สามารถอธิบายได้ว่า การเกิดความรู้สึกเป็นตราบาบในการทำแท้งไม่อาจสรุปได้ว่าจะส่งผลให้เจตนาในการทำแท้งลดลง ทั้งนี้เป็นไปได้ว่า ในการตัดสินใจหาทางออกเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ยิ่งขึ้นกับอีกหลายปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลมากกว่า เช่น สถานภาพการเป็นนิสิตนักศึกษา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษาและเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ถึงร้อยละ 37.3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ฉะนั้นการพิจารณาเรื่องอนาคตทางการศึกษาจึงมีผลทำให้ผู้ที่ตั้งครรภ์ตัดสินใจทำแท้งได้ ในอีกประเด็นหนึ่ง อาจกล่าวได้ว่าการตั้งครรภ์ในขณะที่กำลังเรียนอยู่เป็นเรื่องที่ยอมรับได้ยากในสังคมไทย และโดยส่วนใหญ่ผู้ที่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจขณะกำลังเรียนอยู่จำเป็นต้องออกจากสถานศึกษา หรือถูกพักการเรียนไป (วิจิตา สุขทั่วญาติ, 2551, อ้างถึงใน ศศินันท์ พันธุ์สุวรรณ และคณะ, 2556) ทั้งเรื่องของอนาคตทางการศึกษาและการที่สังคมไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ขณะยังเรียนอยู่ สามารถทำให้เกิดความรู้สึกเป็นตราบาบจากการตั้งครรภ์ได้ (Wiemann และคณะ, 2005) โดยการศึกษาการเกิดตราบาบในวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์อันเป็นงานวิจัยของ Wiemann และคณะ (2005) พบว่า วัยรุ่นหญิงอายุไม่เกิน 18 ปี ร้อยละ 39.1 จาก หรือประมาณ 2 ใน 3 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 925 คน รู้สึกเป็นตราบาบเนื่องจากการตั้งครรภ์และมีความคิดพิจารณาว่าจะทำแท้ง นอกจากนี้ การตั้งครรภ์ในขณะที่ยังเรียนอยู่หรือยังไม่ได้แต่งงานมีโอกาสเผชิญกับการถูกตีตรามากกว่าการทำแท้ง เพราะโดยปกติแล้วผู้ที่มีความรู้สึกเป็นตราบาบในการทำแท้งจะมีพฤติกรรมปกปิดเรื่องการทำแท้งเป็นความลับ (Shellenberg & Tsui, 2012) ฉะนั้นความรู้สึกเป็นตราบาบที่เกิดจากการตั้งครรภ์จึงเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผู้ตั้งครรภ์มากกว่าความรู้สึกเป็นตราบาบในการทำแท้ง

ในอีกประเด็นหนึ่ง ผลการวิจัยมาจากการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามจินตนาการจากสถานการณ์สมมติที่กำหนดไว้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เกี่ยวข้องกับการทำแท้งโดยตรง อาจกล่าวได้ว่า หากเป็นกลุ่มตัวอย่างที่กำลังตั้งครรภ์หรือกำลังตัดสินใจทำแท้ง จะทำให้ผลการตอบแบบสอบถามตรงกับความคิดของผู้ตอบมากกว่า

## ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่าเจตคติต่อการทำแท้งสามารถทำนายเจตนาในการทำแท้งได้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดการกับปัญหาการทำแท้งอย่างผิดกฎหมายที่มีมากในสังคมไทย โดยการแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ร้ายแรงของการทำแท้งแบบผิดกฎหมายอันเป็นการสร้างเจตคติทางลบต่อทำแท้ง เพื่อป้องกันการเกิดเจตนาในการทำแท้ง ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมกรรมการทำแท้งอย่างผิดกฎหมายต่อไป

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการทำแท้ง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง กับเจตนาในการทำแท้ง ในกลุ่มนักศึกษา ระดับปริญญาตรี เพศหญิง

#### สมมติฐานงานวิจัย

เจตคติต่อการทำแท้ง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง สามารถร่วมกันทำนายเจตนาในการทำแท้งได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### กลุ่มตัวอย่าง

นิสิต นักศึกษาระดับปริญญาตรี เพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 200 คน มีคุณสมบัติดังนี้ คือ 1. ไม่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ 2. ไม่อยู่ในระหว่างกำลังตัดสินใจว่าจะทำแท้ง

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. มาตรฐานวัดเจตคติต่อการทำแท้ง (Attitudes about Abortion) โดยพัฒนาจาก Stets และ Leik (1993)
2. มาตรฐานวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) โดยพัฒนาจาก Zimet และคณะ (1988)
3. มาตรฐานวัดความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง (Individual Level Abortion Stigma Scale) โดยพัฒนาจาก Cockrill และคณะ (2013)
4. มาตรฐานวัดเจตนาในการทำแท้ง โดยพัฒนาจาก Francis และคณะ (2004)

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีแจกแบบสอบถามด้วยตนเองและแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ (Online Questionnaire) ให้กับนักศึกษาหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for Windows การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression)

### ผลการวิจัย

จากการวิจัยพบว่าเจตคติต่อการทำแท้งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตนาในการทำแท้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r=.436$ ) และมีอิทธิพลในการทำนายเจตนาในการทำแท้ง ( $\beta= .436, p<.001$ )

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับเจตนาในการทำแท้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=-.059$ ) และมีอิทธิพลในการทำนายเจตนาในการทำแท้ง ( $\beta= -.019, p<.05$ )

ความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งมีความสัมพันธ์ทางลบกับเจตนาในการทำแท้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r=-.258$ ) แต่ไม่มีอิทธิพลในการทำนายเจตนาในการทำแท้ง ( $\beta= -.053, p<.05$ )

ตัวแปรเจตคติต่อการทำแท้ง การรับรู้การสนับสนุนจากสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้งสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการทำแท้งได้ ร้อยละ 19.3 ( $R^2 = .193, p< .001$ )

### ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพื่อให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการทำแท้ง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาปในการทำแท้ง กับเจตนาในการทำแท้ง
2. การศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดเจตนาในการทำแท้ง เพื่อให้ผลการวิจัยครั้งนี้นำไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาต่อยอด เพื่อวางแผนในการรับมือและป้องกันเกี่ยวกับปัญหาการทำแท้งในหญิงไทย
3. เป็นแนวทางในการใช้รับมือปัญหาการทำแท้งอย่างผิดกฎหมายในสังคมไทย



## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษารั้ครั้งต่อไปอาจควบคุมตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในปัจจุบัน เป็นการให้จินตนาการว่าหากกลุ่มตัวอย่างตั้งครรรค์และจะทำแท้ง การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นอย่างไร การจินตนาการเช่นนี้อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นภาพที่ชัดเจนกว่า
2. ในการศึกษารั้ครั้งต่อไปอาจศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การทำแท้ง เพื่อให้สถานการณ์การศึกษาใกล้เคียงกับความเป็นจริงและจะพบตัวแปรที่อิทธิพลสูงต่อการตัดสินใจอย่างชัดเจนกว่า การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาที่ตอบแบบสอบถามโดยการจินตนาการสถานการณ์
3. พัฒนาเครื่องมือในการวัดให้เหมาะสมกับสภาพสังคมไทยมากขึ้น เนื่องจากการศึกษานี้ใช้มาตรวัดจากงานวิจัยต่างประเทศ ทำให้ข้อกระทงบางด้านไม่เหมาะสมกับคนไทย
4. ศึกษาเชิงลึกถึงแต่ละองค์ประกอบในแต่ละตัวแปร เพื่อดูว่าองค์ประกอบใดของตัวแปรส่งผลต่อตัวแปรตามมากที่สุด

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย. (2556). *แม่วัยใส ความท้าทายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: บริษัทแอดวานส์ปรีนติ้งจำกัด.
- เครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม. 2557. *สรุปผลการประชุมหารือ เพื่อขับเคลื่อนสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม ครั้งที่ 34, 5 สิงหาคม 2557 ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ*. กรุงเทพฯ: กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนโดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว (ม.ป.ป.). *ความหมายของการแท้ง*. สืบค้นเมื่อ 19 พฤศจิกายน 2557 จาก [http://kanchanapisek.or.th/kp6/Ebook/BOOK9/book9\\_4/Default.html](http://kanchanapisek.or.th/kp6/Ebook/BOOK9/book9_4/Default.html)
- บุญฤทธิ สุขรัตน์. (2557). *การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น : นโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และติดตามประเมินผล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- พัชรีดวงจันทร์. 2550. *ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนและดัชนีมวลกายในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสาธิตกรุงเทพมหานคร.ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*.
- วิลาลินี พนานครทรัพย์ (2554). การทำแท้ง: มุมมองที่แตกต่าง. *วารสารสังคมวิทยา มานุษยวิทยา*, 30, 92=116.
- ศศิรินทร์ พันธุ์สุวรรณและคณะ.(2556). *ประสบการณ์หลังตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงานในภาคเหนือตอนบน.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 33(3),17-36.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2555). *รายงานเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2556). *รายงานเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

อำนาจ กุศลานันท์. (2556). ทำแท้ง กฎหมาย แพทยสภา. สืบค้นเมื่อ 19 พฤศจิกายน 2557 จาก

[http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com\\_content&view=article&id=493:2011-06-09-01-37-20&catid=40&Itemid=482](http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=493:2011-06-09-01-37-20&catid=40&Itemid=482)

## ภาษาอังกฤษ

Ajzen, I. (2002). Constructing a TPB questionnaire: Conceptual and methodological considerations.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (2000). Attitudes and the attitude-behavior relation: Reasoned and automatic processes. *European review of social psychology*, 11(1), 1-33.

Allport, G. W. (1935). *Attitudes: A Handbook of Social Psychology*, Worcester, Mass.

Biggs, M. A., Gould, H., & Foster, D. G. (2013). Understanding why women seek abortions in the US. *BMC women's health*, 13(1), 29.

Carlton, C. L., Nelson, E. S., & Coleman, P. K. (2000). College students' attitudes toward abortion and commitment to the issue. *The Social Science Journal*, 37(4), 619-625.

Cockrill, K., & Nack, A. (2013). "I'm Not That Type of Person": Managing the Stigma of Having an Abortion. *Deviant Behavior*, 34(12), 973-990.

Cockrill, K., Upadhyay, U. D., Turan, J., & Greene Foster, D. (2013). The stigma of having an abortion: Development of a scale and characteristics of women experiencing abortion stigma. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 45(2), 79-88.

Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. *Social support and health*, 3, 3-22.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310.

Committee on Communication for Behavior Change in the 21st Century: Improving the Health of Diverse Populations. (2002). *Speaking of health: Assessing health communication strategies for diverse populations*. Retrieved from [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=10018&page=31](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10018&page=31)

Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.

Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1998). Attitude structure and function.

Festinger, L. (1957). The relation between behavior and cognition. *Contemporary approaches to cognition*, 131.

Finer, L. B., Frohworth, L. F., Dauphinee, L. A., Singh, S., & Moore, A. M. (2005). Reasons US women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 37(3), 110-118.

Foster, D. G., Gould, H., Taylor, J., & Weitz, T. A. (2012). Attitudes and decision making among women seeking abortions at one US clinic. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 44(2), 117-124.

Francis, J. J. et al. (2004). Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour. *A manual for health services researchers*, 2010, 2-12.

Heider, F. (1958). *Interpersonal relations*.

Hess, J. A., & Rueb, J. D. (2005). Attitudes toward abortion, religion, and party affiliation among college students. *Current Psychology*, 24(1), 24-42.

House, G S (1981) *Work stress and social support* Reading, MA Addison-Wesley

- Jones, R. K. (2011). How commonly do US abortion patients report attempts to self-induce?. *American journal of obstetrics and gynecology*, 204(1), 23-e1.
- Katz, D. (1960). The functional approach to the study of attitudes. *Public opinion quarterly*, 24(2), 163-204.
- Kroelinger, C. D., & Oths, K. S. (2000). Partner support and pregnancy wantedness. *Birth*, 27(2), 112-119.
- Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. M. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11(6), 625-639.
- Lin, N., & Dumin, M. (1986). Access to occupations through social ties. *Social networks*, 8(4), 365-385.
- Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchitano, A. M., Cooper, M. L., Testa, M., & Mueller, P. M. (1990). Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of personality and social psychology*, 59(3), 452.
- Miller, W. B. (1994). The relationship between childbearing motivations and attitude toward abortion among married men and women. *Family Planning Perspectives*, 165-168.
- Ney, P., Peeters-ney, M. A., Fung, T., & Sheils, C. (2013). How partner support of an adolescent affects her pregnancy outcome.
- Norris, A., Bessett, D., Steinberg, J. R., Kavanaugh, M. L., De Zordo, S., & Becker, D. (2011). Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences. *Women's Health Issues*, 21(3), S49-S54.
- Osgood, C. E., & Tannenbaum, P. H. (1955). The principle of congruity in the prediction of attitude change. *Psychological review*, 62(1), 42.

- Patel, C. J., & Myeni, M. C. (2008). Attitudes toward abortion in a sample of South African female University Students. *Journal of Applied Social Psychology, 38*(3), 736-750.
- Petty, R. E., Wegener, D. T., & Fabrigar, L. R. (1997). Attitudes and attitude change. *Annual review of psychology, 48*(1), 609-647.
- Porritt, D. (1979). Social support in crisis: quantity or quality?. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology, 13*, 715-721.
- Ralph, L., Gould, H., Baker, A., & Foster, D. G. (2014). The Role of Parents and Partners in Minors' Decisions to Have an Abortion and Anticipated Coping After Abortion. *Journal of Adolescent Health, 54*(4), 428-434.
- Shellenberg, K. M. et al. (2011). Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study. *Global Public Health, 6*(sup1), S111-S125.
- Shellenberg, K. M., & Tsui, A. O. (2012). Correlates of perceived and internalized stigma among abortion patients in the USA: An exploration by race and Hispanic ethnicity. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 118*, S152-S159.
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of social issues, 40*(4), 11-36.
- Shuping, M. (2011). Wantedness & Coercion: Key Factors in Understanding Women's Mental Health After Abortion. *RESEARCH BULLETIN, 2*.
- Stets, J. E., & Leik, R. K. (1993). Attitudes about abortion and varying attitude structures. *Social Science Research, 22*(3), 265-282.
- Wiemann, C. M., Rickert, V. I., Berenson, A. B., & Volk, R. J. (2005). Are pregnant adolescents stigmatized by pregnancy?. *Journal of Adolescent Health, 36*(4), 352-e1.

- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). A revised Thai multi-dimensional scale of perceived social support. *The Spanish journal of psychology*, 15(03), 1503-1509.
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS): Thai version. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 7, 161.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 55(3-4), 610-617.



ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

### แบบสำรวจความคิดเห็นต่อการทำแท้ง

แบบสำรวจความคิดเห็นชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็น ความเชื่อ และพฤติกรรมกรรมการทำแท้ง ของนักศึกษาหญิง ระดับปริญญาตรี

ขอความร่วมมือช่วยตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ ตามความเป็นจริง

การวิเคราะห์ข้อมูลจะเป็นการวิเคราะห์ในภาพรวมของผู้ตอบแบบสอบถามเพื่อใช้ในการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ

คณะผู้วิจัย

.....

**ตอนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล โปรดตอบตามความเป็นจริง

1. เพศ             ชาย             หญิง
2. อายุ            \_\_\_\_\_ ปี
3. สถานศึกษา    \_\_\_\_\_
4. ชั้นปี            \_\_\_\_\_
5. ขณะนี้ท่านมีคนรักหรือไม่             มี     ไม่มี

**ตอนที่ 2** โปรดทำเครื่องหมาย X ในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวเท่านั้น

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอๆกัน	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	การทำแท้งควรถูกกฎหมาย	1	2	3	4	5
2	การทำแท้งควรถูกกฎหมายในกรณีที่มีการตั้งครรภ์เกิดจากการร่วมประเวณีของบุคคลร่วมสายโลหิตเดียวกัน	1	2	3	4	5
3	การทำแท้งควรถูกกฎหมายในกรณีที่มีการตั้งครรภ์เกิดจากการถูกข่มขืน	1	2	3	4	5
4	คนทุกระดับรายได้ควรเข้าถึงการบริการการทำแท้งอย่างเท่าเทียม	1	2	3	4	5
5	การทำแท้งควรถูกกฎหมายเมื่อการตั้งครรภ์เป็นอันตรายต่อสุขภาพของแม่	1	2	3	4	5
6	การทำแท้งควรมีการให้บริการในคลินิกสาธารณะทั่วไป	1	2	3	4	5
7	กฎหมายไม่มีสิทธิบอกผู้หญิงว่าควรหรือไม่ควรทำอะไรกับร่างกายตัวเอง	1	2	3	4	5
8	การทำแท้งควรถูกกฎหมายถ้าเกิดจากการคุมกำเนิดที่ล้มเหลว	1	2	3	4	5
9	ประเทศไทยควรสนับสนุนการทำแท้ง	1	2	3	4	5
10	รัฐบาลควรใช้ภาษีเพื่อให้บริการการทำแท้ง	1	2	3	4	5
11	การทำแท้งคือการฆาตกรรมแบบหนึ่ง	1	2	3	4	5
12	การทำแท้งเป็นการกระทำที่ขัดกับความเชื่อของฉัน	1	2	3	4	5
13	ชีวิตเริ่มต้นตั้งแต่มีการปฏิสนธิเกิดขึ้น	1	2	3	4	5
14	การทำแท้งเป็นบาป	1	2	3	4	5
15	ตัวอ่อนในครรภ์ถือว่าเป็นมนุษย์แล้ว	1	2	3	4	5
16	ตัวอ่อนในครรภ์ควรมีสิทธิตามกฎหมาย	1	2	3	4	5
17	การทำแท้งหลังจากสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์ถือว่าเป็นการฆาตกรรมมนุษย์	1	2	3	4	5
18	ผู้หญิงมีสิทธิอย่างเต็มที่ในการตัดสินใจทำแท้ง	1	2	3	4	5
19	พ่อของเด็กควรมีสิทธิในการขัดขวางการทำแท้ง	1	2	3	4	5
20	ผู้หญิงควรบอกพ่อของเด็กในครรภ์ก่อนตัดสินใจทำแท้ง	1	2	3	4	5

**ตอนที่ 3** โปรดทำเครื่องหมาย X ในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวเท่านั้น

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอกัน	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	คนรักของฉันช่วยเหลือฉันเสมอเมื่อฉันต้องการ	1	2	3	4	5
2	คนรักของฉันสามารถร่วมแบ่งปันความรู้สึกสุขและทุกข์กับฉันได้	1	2	3	4	5
3	ครอบครัวของฉันพยายามช่วยเหลือฉัน	1	2	3	4	5
4	ฉันได้รับกำลังใจจากครอบครัวเมื่อฉันประสบปัญหา	1	2	3	4	5
5	คนรักของฉันเป็นแหล่งกำลังใจที่สำคัญของฉัน	1	2	3	4	5
6	เพื่อนของฉันพยายามช่วยเหลือฉันทุกครั้งที่ฉันต้องการ	1	2	3	4	5
7	ฉันสามารถพึ่งพาเพื่อนได้เมื่อผิดหวังหรือเกิดปัญหา	1	2	3	4	5
8	ฉันสามารถบอกปัญหาต่างๆ กับครอบครัวได้	1	2	3	4	5
9	เพื่อนของฉันสามารถร่วมแบ่งปันความรู้สึกสุขและทุกข์กับฉันได้	1	2	3	4	5
10	คนรักของฉันใส่ใจความรู้สึกของฉัน	1	2	3	4	5
11	ครอบครัวของฉันยินดีที่จะช่วยฉันตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ	1	2	3	4	5
12	ฉันสามารถบอกปัญหาต่างๆกับเพื่อนได้	1	2	3	4	5

**ตอนที่ 4** โปรดทำเครื่องหมาย X ในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวเท่านั้น

**สมมติว่าท่านเคยตั้งครรภโดยไม่พร้อม และได้ตัดสินใจทำแท้งไปแล้ว ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ และประเมินว่า ท่านเห็นด้วยกับข้อความเหล่านี้มากน้อยเพียงใด**

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอกัน	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	คนอื่นอาจรู้เรื่องที่ผมเคยทำแท้ง	1	2	3	4	5
2	การทำแท้งจะกระทบความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับคนที่ฉันรัก	1	2	3	4	5
3	ฉันทำให้คนที่ฉันรักผิดหวัง	1	2	3	4	5
4	ฉันรู้สึกอับอาย	1	2	3	4	5
5	คนอื่นจะนินทาฉัน	1	2	3	4	5
6	ฉันจะถูกปฏิเสธจากคนที่ฉันรัก	1	2	3	4	5
7	ผู้คนจะตัดสินฉันไปในทางไม่ดี	1	2	3	4	5
8	ฉันเคยพูดคุยกับคนใกล้ชิดเกี่ยวกับเรื่องการทำแท้งของฉัน	1	2	3	4	5
9	ฉันเปิดเผยความรู้สึกเกี่ยวกับการทำแท้งกับคนใกล้ชิด	1	2	3	4	5

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอๆกัน	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
10	ฉันรู้สึกว่ามีคนใกล้ชิดคอยสนับสนุนในตอนที่ฉันทำแท้ง	1	2	3	4	5
11	ฉันสามารถพูดคุยกับคนใกล้ชิดเกี่ยวกับเรื่องการทำแท้งของฉัน	1	2	3	4	5
12	ฉันสามารถเชื่อใจคนใกล้ชิดที่รู้ว่าฉันทำแท้ง	1	2	3	4	5
13	เมื่อครั้งที่ฉันทำแท้ง ฉันรู้ว่ามีคนใกล้ชิดสนับสนุนฉัน	1	2	3	4	5
14	ฉันคิดว่าตัวฉันเป็นคนไม่ดี	1	2	3	4	5
15	ฉันรู้สึกมั่นใจว่าฉันตัดสินใจถูกต้อง	1	2	3	4	5
16	ฉันรู้สึกสบายใจเกี่ยวกับเรื่องที่ทำแท้ง	1	2	3	4	5
17	ฉันคิดว่าฉันเป็นคนเห็นแก่ตัว	1	2	3	4	5
18	ฉันรู้สึกผิด	1	2	3	4	5
19	คนส่วนใหญ่ในสังคมคิดว่าการทำแท้งเป็นเรื่องที่ผิด	1	2	3	4	5
20	คนส่วนใหญ่ในสังคมคิดว่าการทำแท้งเป็นการฆาตกรรม	1	2	3	4	5

**ตอนที่ 5** โปรดทำเครื่องหมาย X ในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวเท่านั้น

**หากท่านกำลังศึกษาอยู่และเกิดตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม ท่านจะตัดสินใจอย่างไร**

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอๆกัน	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	ท่านตั้งใจจะให้กำเนิดบุตร	1	2	3	4	5
2	ท่านพยายามจะหาวิธีการทำแท้ง	1	2	3	4	5
3	ท่านตั้งใจว่าจะทำแท้ง	1	2	3	4	5

## ภาคผนวก ข

### ผลการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์มาตรวัดเจตคติต่อการทำแท้งและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ ทั้งหมด ครั้งที่ 1 ( $r_{critical} = 0.217$  ( $p < .05$ )),  $N = 84$  ครั้งที่ 2 ( $r_{critical} = 0.139$  ( $p < .05$ )),  $N = 193$

องค์ประกอบ	ข้อ	ทิศทาง	ข้อความ	CITC ครั้งที่ 1	CITC ครั้งที่ 2	ข้อที่ นำไปใช้
1.การเข้าถึง การทำแท้ง	1	+	การทำแท้งควรถูกกฎหมาย	0.630	0.596	✓
	2	+	การทำแท้งควรถูกกฎหมายในกรณีที่มีการ ตั้งครรรภ์เกิดจากการร่วมประเวณีของบุคคล ร่วมสายโลหิตเดียวกัน	0.513	0.487	✓
	3	+	การทำแท้งควรถูกกฎหมายในกรณีที่มีการ ตั้งครรรภ์เกิดจากการถูกข่มขืน	0.487	0.557	✓
	4	+	คนทุกระดับรายได้ควรเข้าถึงการบริการการทำ แท้งอย่างเท่าเทียม	0.563	0.638	✓
	5	+	การทำแท้งควรถูกกฎหมายเมื่อการตั้งครรรภ์ เป็นอันตรายต่อสุขภาพของแม่	0.405	0.421	✓
	6	+	การทำแท้งควรมีการให้บริการในคลินิก สาธารณะทั่วไป	0.436	0.405	✓
	7	+	กฎหมายไม่มีสิทธิบอกผู้หญิงว่าควรหรือไม่ควร ทำอะไรกับร่างกายตัวเอง	0.421	0.370	✓
	8	+	การทำแท้งควรถูกกฎหมายถ้าเกิดจากการ คุมกำเนิดที่ล้มเหลว	0.616	0.516	✓
	9	+	ประเทศไทยควรสนับสนุนการทำแท้ง	0.674	0.545	✓
	10	+	รัฐบาลควรใช้ภาษีเพื่อให้บริการการทำแท้ง	0.454	0.538	✓
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค				0.830	0.823	

2. การยอมรับ ทางศีลธรรม	11	-	การทำแท้งคือการฆาตกรรมแบบหนึ่ง	0.597	0.671	✓
	12	-	การทำแท้งเป็นการกระทำที่ขัดกับความเชื่อ ของฉัน	0.552	0.529	✓
	13	-	ชีวิตเริ่มต้นตั้งแต่มีการปฏิสนธิเกิดขึ้น	0.655	0.611	✓
	14	-	การทำแท้งเป็นบาป	0.777	0.707	✓
	15	-	ตัวอ่อนในครรภ์ถือว่าเป็นมนุษย์แล้ว	0.728	0.710	✓
	16	-	ตัวอ่อนในครรภ์ควรมีสติตามกฎหมาย	0.619	0.703	✓
	17	-	การทำแท้งหลังจากสามเดือนแรกของการ ตั้งครรภ์ถือว่าเป็นการฆาตกรรมมนุษย์	0.636	0.721	✓
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค				0.874	0.879	
3. อิสระของ ผู้หญิงในการ ตัดสินใจทำ แท้ง	18	+	ผู้หญิงมีสิทธิอย่างเต็มที่ในการตัดสินใจทำแท้ง	0.086	-0.015	✓
	19	-	พ่อของเด็กควรมีสติในการชดเชวงการทำแท้ง	0.351	0.390	✓
	20	-	ผู้หญิงควรบอกพ่อของเด็กในครรภ์ก่อน ตัดสินใจทำแท้ง	0.338	0.338	✓
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค				0.484	0.358	

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์มาตรฐานการสนับสนุนทางสังคมและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ ทั้งหมด ครั้งที่ 1 ( $r_{critical} = 0.217 (p < .05)$ ),  $N = 84$  ครั้งที่ 2 ( $r_{critical} = 0.139 (p < .05)$ ),  $N = 193$

องค์ประกอบ	ข้อ	ทิศทาง	ข้อความ	CITC ครั้งที่ 1	CITC ครั้งที่ 2	ข้อที่นำไปใช้
1. บุคคลพิเศษ	1	+	คนรักของฉันช่วยเหลือฉันเสมอเมื่อฉันต้องการ	0.740	0.696	✓
	2	+	คนรักของฉันสามารถร่วมแบ่งปันความรู้สึกสุขและทุกข์กับฉันได้	0.760	0.849	✓
	5	+	คนรักของฉันเป็นแหล่งกำลังใจที่สำคัญของฉัน	0.755	0.778	✓
	10	+	คนรักของฉันใส่ใจความรู้สึกของฉัน	0.751	0.783	✓
	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค				0.887	0.899
2. ครอบครัว	3	+	ครอบครัวของฉันพยายามช่วยเหลือฉัน	0.767	0.670	✓
	4	+	ฉันได้รับกำลังใจจากครอบครัวเมื่อฉันประสบปัญหา	0.801	0.784	✓
	8	+	ฉันสามารถบอกปัญหาต่างๆ กับครอบครัวได้	0.624	0.608	✓
	11	+	ครอบครัวของฉันยินดีที่จะช่วยฉันตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ	0.789	0.798	✓
	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค				0.884	0.862
3. เพื่อน	6	+	เพื่อนของฉันพยายามช่วยเหลือฉันทุกครั้งที่ฉันต้องการ	0.782	0.726	✓
	7	+	ฉันสามารถพึ่งพาเพื่อนได้เมื่อผิดหวังหรือเกิดปัญหา	0.906	0.826	✓
	9	+	เพื่อนของฉันสามารถร่วมแบ่งปันความรู้สึกสุขและทุกข์กับฉันได้	0.825	0.810	✓
	12	+	ฉันสามารถบอกปัญหาต่างๆ กับเพื่อนได้	0.85	0.676	✓
	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค				0.932	0.890



ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์มาตรฐานวัดความรู้สึกเป็นตราบาปต่อการทำแท้งและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ ทั้งหมด ครั้งที่ 1 ( $r_{critical} = 0.217$  ( $p < .05$ )),  $N = 84$  ครั้งที่ 2 ( $r_{critical} = 0.139$  ( $p < .05$ )),  $N = 193$

องค์ประกอบ	ข้อ	ทิศทาง	ข้อความ	CITC ครั้งที่ 1	CITC ครั้งที่ 2	ข้อที่นำไปใช้
1. ความกังวลในการตัดสินใจทำแท้ง	1	+	คนอื่นๆอาจรู้เรื่องที่ผมเคยทำแท้ง	0.672	0.272	✓
			การทำแท้งจะกระทบความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับคนที่ฉันรัก	0.709	0.643	✓
	2	+	ระหว่างฉันกับคนที่ฉันรัก			
	3	+	ฉันทำให้คนที่ฉันรักผิดหวัง	0.724	0.565	✓
	4	+	ฉันรู้สึกอับอาย	0.825	0.682	✓
	5	+	คนอื่นๆจะนินทาฉัน	0.756	0.729	✓
	6	+	ฉันจะถูกปฏิเสธจากคนที่ฉันรัก	0.710	0.662	✓
	7	+	ผู้คนที่ตัดสินใจไปทางไม่ดี	0.783	0.645	✓
			ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค	0.915	0.836	
2. การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด	8	-	ฉันเคยพูดคุยกับคนใกล้ชิดเกี่ยวกับเรื่องการทำแท้งของฉัน	0.661	0.643	✓
	9	-	ฉันเปิดเผยความรู้สึกเกี่ยวกับการทำแท้งกับคนใกล้ชิด	0.791	0.705	✓
	10	-	ฉันรับรู้ว่ามีคนใกล้ชิดคอยสนับสนุนในตอนที่ผมทำแท้ง	0.680	0.649	✓
	11	-	ฉันสามารถพูดคุยกับคนใกล้ชิดเกี่ยวกับเรื่องการทำแท้งของฉัน	0.842	0.824	✓
	12	-	ฉันสามารถเชื่อใจคนใกล้ชิดที่รู้ว่าฉันทำแท้ง	0.699	0.767	✓
	13	-	เมื่อครั้งที่ผมทำแท้ง ผมรู้ว่ามีคนใกล้ชิดสนับสนุนฉัน	0.799	0.655	✓
				ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค	0.908	0.889
3. การตัดสินใจตนเอง	14	+	ฉันคิดว่าตัวฉันเป็นคนไม่ดี	0.748	0.699	✓
	15	-	ฉันรู้สึกมั่นใจว่าฉันตัดสินใจถูกต้อง	0.313	0.300	✓

	16	+	ฉันรู้สึกอายเกี่ยวกับเรื่องที่ทำแท้ง	0.761	0.662	✓
	17	+	ฉันคิดว่าฉันเป็นคนเห็นแก่ตัว	0.773	0.795	✓
	18	+	ฉันรู้สึกผิด	0.763	0.753	✓
			ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค	0.852	0.832	
4.การรับรู้การตัดสินใจจากสังคม	19	+	คนส่วนใหญ่ในสังคมคิดว่าการทำแท้งเป็นเรื่องที่ผิด	0.797	0.768	✓
	20	+	คนส่วนใหญ่ในสังคมคิดว่าการทำแท้งเป็นการฆาตกรรม	0.797	0.768	✓
			ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค	0.887	0.869	

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์มาตรวัดเจตนาในการทำแท้งและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ ทั้งหมด ครั้งที่ 1 ( $r_{critical} = 0.217$  ( $p < .05$ )),  $N = 84$  ครั้งที่ 2 ( $r_{critical} = 0.139$  ( $p < .05$ )),  $N = 193$

ข้อ	ทิศทาง	ข้อความ	CITC ครั้งที่ 1	CITC ครั้งที่ 2	ข้อที่นำไปใช้
1	-	ท่านตั้งใจจะให้กำเนิดบุตร	0.662	0.458	✓
2	+	ท่านพยายามจะหาวิธีการทำแท้ง	0.802	0.770	✓
3	+	ท่านตั้งใจว่าจะทำแท้ง	0.854	0.767	✓
		ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค	0.884	0.805	