

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้โดยผู้หญิงไม่คาดคิดมาก่อน ทำให้ผู้หญิงไม่ได้มีการเตรียมตัวให้พร้อมที่จะตั้งครรภ์ ความรู้ที่รับรู้ว่าตนเองตั้งครรภ์อาจเกิดขึ้นช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับเงื่อนไขต่างกันไป เมื่อผู้หญิงรับรู้ว่าตั้งครรภ์และต้องตัดสินใจว่าจะดำเนินการต่อไปอย่างไรนับว่าเป็นภาวะการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตครั้งสำคัญในชีวิต ผู้หญิงบางส่วนตัดสินใจที่จะดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปและมีจำนวนไม่น้อยที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ ปี 2539 มีการประมาณการว่าในประเทศไทยมีการทำแท้งสูงถึง 200,000 – 300,000 รายต่อปี และประมาณ 1 ใน 3 ของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ในระยะ 12 เดือนแรกระบุว่าตนเองไม่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ (นภภรณ์, 2539) สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจระดับชุมชนในปี พ.ศ.2544 โดยสภาประชากรพบว่า ในจำนวนท้องทั้งหมดที่เกิดขึ้นในชุมชน เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนสูงถึงร้อยละ 45 และมีอัตราการแท้งโดยรวมอยู่ที่ร้อยละ 8 และเมื่อพิจารณาเฉพาะการตั้งท้องที่ไม่ได้วางแผนจะพบว่า มีอัตราการทำแท้งสูงขึ้นอีกเท่าตัว คือ ร้อยละ 16 และถ้าผู้ตั้งท้องมีปัญหาเศรษฐกิจด้วยแล้วอัตราการทำแท้งจะสูงถึงร้อยละ 19 (<http://board.narak.com/topic.php?No=3809>) และในปี 2547 รายงานจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นถึงอัตราการทำแท้งของประเทศไทย (เฉพาะที่มารโรงพยาบาล) มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะพื้นที่ภาคใต้มีอัตราการตั้งครรภ์แล้วแท้งสูงกว่าภาคอื่นๆของประเทศไทย ดังตารางที่ 1 (http://203.157.19.191/input_bps.htm)

ตาราง สถิติจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่แท้งของปี พ.ศ. 2543 – 2546 จากสถานบริการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข รายภาค (อัตราการแท้ง ต่อประชากร 100,000 คน)

ปี พ.ศ.	ทั้งประเทศ		ภาคเหนือ		ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง (ยกเว้น กทม.)		ภาคใต้	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
2543	52,886	95.20	9,182	75.7	173,354	81.70	14,395	101.5	11,975	149.60
2544	50,257	92.36	7,854	70.82	18,356	89.50	12,269	84.24	11,787	142.62
2545	53,265	97.04	10,339	85.10	17,682	85.79	12,878	93.40	12,369	147.89
2546	56,636	101.18	11,590	95.62	18,096	87.46	14,255	96.91	12,695	150.10

การทำแท้งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในพื้นที่ภาคใต้ นั้น มีปัจจัยหรือสาเหตุที่สำคัญอันดับแรกคือ เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมหรือการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์นั่นเอง มีการศึกษาทั้งในประเทศไทยและในหลายประเทศทั่วโลกที่แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้หญิงเผชิญกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมผู้หญิงส่วนหนึ่งจะแสวงหาบริการทำแท้งไม่ว่าจะถูกหรือผิดกฎหมาย หรือต้องเสี่ยงชีวิตกับกระบวนการการรักษาที่ไม่ถูกต้องการแพทย์ก็ตาม ซึ่งผลกระทบที่ตามมาจากการทำแท้งที่ไม่ถูกต้องกฎหมาย และไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นกับทั้งต่อตัวผู้หญิงที่ตั้งครรภ์เอง ในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการทำแท้งไม่ปลอดภัยหลายสิบล้าน และยังมียาที่ไม่เปิดเผยอีกเป็นจำนวนมาก (อัตราตาย 300-500 รายต่อการทำแท้ง 100,000 ครั้ง) บางรายแม้จะผ่านเหตุการณ์ตอนต้นไปได้ แต่ก็จะมีอาการแทรกซ้อนตามมา เช่น ปวดท้องน้อยเรื้อรัง ตกขาวบ่อย ๆ เมื่อพร้อมที่จะมีลูกก็มีไม่ได้ เพราะเป็นหมัน จากท่อนำไข่อักเสบติดเชื้อและอุดตัน บางรายตั้งท้องได้ แต่อาจจะเกิดปัญหาที่รกฝังตัวลึกในเนื้อมดลูก ทำให้มดลูกแตก ขณะที่ยังตั้งท้องไม่ครบกำหนด หรือเพิ่งจะเริ่มเจ็บครรภ์ มดลูกก็แตกเสียก่อน เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต โดยที่แพทย์ไม่สามารถช่วยได้ทัน เพราะเหตุการณ์เช่นนี้จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วมาก (สุวชัย, 2555 www.tmc.or.th/detail_news.php?news_id=410&id=4) ซึ่งทั้งหมดอาจนำมาสู่การเสียชีวิตหรือไม่สามารถมีลูกได้อีกต่อไป นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ด้านครอบครัวและสังคม ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด ความอับอาย เสียใจ เศร้าใจ กลัวการถูกประณาม การไม่ยอมรับจากครอบครัว สังคม หยุคนเรียน เสียการเรียน การถูกทอดทิ้ง การทะเลาะเบาะแว้ง สร้างปัญหาภายในครอบครัว สร้างความรู้สึกที่เป็นตราบาปในใจ (www.thaigoodview.com/node/50843) หรือเกิดการไม่ยอมรับของเพื่อนและสังคม อันมีผลกระทบต่อการค้ารงชีวิตในสังคมต่อไปในอนาคต รวมถึงส่งผลกระทบต่อชาติตามมามากด้วย

ดังที่กล่าวมาแล้วจะเห็นว่าการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมเป็นปัญหาใหญ่และเป็นภาวะวิกฤติที่สำคัญของชีวิต สตรีกลุ่มนี้คงไม่สามารถเผชิญปัญหาได้เพียงลำพังโดยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ใดๆ มีข้อมูลที่ยืนยันได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ในรูปแบบต่างๆจากบุคคลอ้างอิง มีผลต่อทั้งภาวะสุขภาพโดยตรง (Direct effect) และบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (Buffering effect) (Cohen & Will, 1985) แต่ดูเหมือนว่าในสตรีที่ตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมส่วนใหญ่กลับต้องคิดแก้ปัญหาด้วยตัวเอง (สุกมาส และปาจริย์, 2536) ทั้งที่ในความเป็นจริงสตรีเหล่านี้มีความต้องการความช่วยเหลือ หรือการสนับสนุนทางสังคมมากมาย ได้แก่ การบริการให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องผ่านการฝึกฝนให้สามารถอธิบายข้อมูลอย่างรอบด้าน มีจริยธรรมในการให้คำปรึกษา โดยมีการรักษาความลับและเคารพการตัดสินใจของผู้ประสบปัญหา จัดบ้านพักสำหรับผู้หญิงที่ประสบปัญหาท้องเมื่อไม่พร้อมเพื่อเป็นที่พักพิงระหว่างรอคลอด การบริการดูแลเด็กในระหว่างที่แม่ไปทำงานในกรณีที่ผู้หญิงเลี้ยงลูกตามลำพัง การบริการจัดหาครอบครัวบุญธรรมให้เด็กในกรณีที่แม่ไม่สามารถเลี้ยงดูได้ด้วยตัวเอง การกำหนดระเบียบที่ชัดเจนในการให้ความช่วยเหลือผู้หญิงที่ท้องเพราะถูกข่มขืนเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันทั่วถึง และการบริการทำแท้งที่ปลอดภัย (กรมอนามัย, 2542)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่ายังไม่มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการให้การดูแลช่วยเหลือสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมอย่างเป็นระบบ คณะผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นและความสำคัญในการศึกษาเพื่อสำรวจแหล่งและชนิดของการสนับสนุนทางสังคม (Social support) สำหรับสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมในภาคใต้ รวมถึงการเข้าถึงการให้การสนับสนุนทางสังคมในสตรีกลุ่มดังกล่าว รวมถึงความคิดเห็นของตัวสตรีเองและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการให้และได้รับการสนับสนุนทางสังคมแก่สตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมในภาคใต้ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ เป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นฐานข้อมูลให้กับสตรีผู้ที่ได้รับผลกระทบ โดยตรงและผู้เกี่ยวข้องให้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการให้การช่วยเหลือสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ รวมถึงจัดรูปแบบการสนับสนุนที่ให้ผู้รับสามารถเข้าถึง ได้จริง อันอาจนำไปสู่การลดขนาดและความรุนแรงของปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องมา จากการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1. สำรวจแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม/บุคคลที่ให้แก่สตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมในภาคใต้
2. ศึกษาการเข้าถึงการให้การสนับสนุนทางสังคมสำหรับสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมในภาคใต้
3. ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่ง/บุคคลที่ให้การสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมทั้งกลุ่มสตรีที่

ทำแท้ง และกลุ่มสตรีหลังคลอดกับการช่วยเหลือที่ได้รับด้านต่างๆ คือ ด้านการให้คุณค่า การให้ข้อมูล ข่าวสาร ด้านการเงิน ด้านองค์กร

คำถามการวิจัย

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมในภาคใต้ของประเทศไทย เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประกอบด้วยกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่ประยุกต์จากแนวคิดเกี่ยวกับแหล่งและชนิด/รูปแบบของการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) และจิริยวัตร (2531) และกรอบแนวคิดการเข้าถึงการสนับสนุนที่ประยุกต์จากแนวคิดการเข้าถึงบริการของเพ็นชานสกี และโทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) ดังแผนภูมิ 1

แหล่งสนับสนุน

- สามี/คู่รัก
- บุคคลในครอบครัว
- เพื่อนบ้าน
- เพื่อน/เพื่อนร่วมห้อง/เพื่อนร่วมงาน
- หัวหน้างาน / ครูอาจารย์
- ผู้ประสบปัญหาเดียวกัน
- บุคคลากรด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคม
- ผู้ให้บริการ/ผู้ดูแลเอกชน
- บุคลากรทางศาสนา
- เจ้าหน้าที่หน่วยงานการกุศล
- สื่อ / ช่องทางการสื่อสาร

ชนิดของการสนับสนุน

- การสนับสนุนทางอารมณ์
(Emotional support)
- การสนับสนุน โดยให้การประเมิน
(Appraisal support)
- การให้ข้อมูลข่าวสาร
(Information support)
- การให้การสนับสนุนด้านเครื่องมือ
(Instrumental support)

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม

การเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคม

- ความพอเพียงของการสนับสนุน (Availability)
- ความสามารถในการเข้ารับการสนับสนุน (Accessibility)
- ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งให้การสนับสนุน (Accommodation)
- ความสามารถของผู้รับการสนับสนุนในการจ่ายค่าบริการ (Affordability)
- การยอมรับในคุณภาพของการสนับสนุน (Acceptability)

แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคมสำหรับสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาแหล่งและชนิดของการสนับสนุนทางสังคมสำหรับสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม การเข้าถึงการสนับสนุน และความคิดเห็นของสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการสนับสนุนที่มีอยู่ในปัจจุบันในภาคใต้ โดยศึกษาใน 1. กลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมหลังการแท้งบุตรและรับการรักษาในโรงพยาบาล 2. กลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมหลังการคลอดบุตรและรับการรักษาในโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการสนับสนุนช่วยเหลือสำหรับสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
2. ขนาดและความรุนแรงของปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม เช่น การทอดทิ้งบุตร การทำแท้ง และความสูญเสียจากการทำแท้งลดลง
3. ปัญหาสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งผิดกฎหมายลดลง