

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. การตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม (Unwanted pregnancy)

- 1.1 ความหมายของการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม
- 1.2 ประเภทของการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม
- 1.3 สาเหตุของการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม
- 1.4 สถานการณ์ของปัญหาการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมในประเทศไทย
- 1.5 ผลกระทบของการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม
- 1.6 แนวทางการปัญหาเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม
- 1.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม

2. การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

- 2.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
- 2.2 ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม
- 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม
- 2.4 แหล่งและชนิดของการสนับสนุนทางสังคม
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมในสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม และสตรีที่ตั้งครรภ์ที่มีภาวะวิกฤต

3. การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Accessibility to care)

- 3.1 ความหมายของการเข้าถึงบริการและตัวชี้วัด
- 3.2 การเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคมของสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม
- 3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการของสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม

1. การตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม (Unwanted pregnancy)

1.1 ความหมายของการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม

ชวนชม และคณะ(2530) กล่าวว่า การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมเป็น ครรภ์ที่ไม่ต้องการ อาจเกิดขึ้นได้ทั้งคู่สมรสที่แต่งงานแล้วและยังไม่แต่งงาน มักเป็นปัญหาในวัยรุ่นและแก้ปัญหาโดยการทำแท้ง สำหรับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมเกือบทุกสังคมเป็นลักษณะที่เป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อน เป็นปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของผู้หญิง ซึ่งเกิดจากองค์ประกอบหลายส่วน คือ กลไกทางสังคม ผู้ชายและผู้หญิงต่างก็มีส่วนผลักดันและส่งเสริมต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

การตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมเป็นปัญหาจากการตั้งครรภ์ไม่ตรงกับการคาดหวังหรือไม่ได้วางแผนไม่ว่าจะเกิดกับสาเหตุใดและจำเป็นต้องมีทางออกที่เหมาะสม ไม่เฉพาะส่วนหนึ่งส่วนใดของสังคมต้องรับผิดชอบปัญหาดังกล่าวแต่ทุกส่วนในสังคมต้องเกี่ยวข้องร่วมกันรับผิดชอบ (ตริงเนตร, 2538)

หทัยรัตน์ (2547) ให้ความหมายของการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาว่า คือการตั้งครรภ์ที่เกิดจากความไม่พร้อมและความไม่ต้องการจะมีบุตร เป็นการท้องที่เกิดขึ้นโดยผู้หญิงนั้นไม่เต็มใจและความไม่พร้อมในการเป็นมารดา ดังนั้น เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นมาทำให้หญิงนั้นขาดความพร้อมและไม่คิดว่าจะเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นและไม่สามารถดูแลบุตรต่อไปได้

โดยสรุป การตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม คือ การตั้งครรภ์โดยไม่คาดหวัง หรือ ไม่ได้วางแผน และสตรีที่ตั้งครรภ์ยังไม่พร้อมที่จะมีบุตรอาจเกิดขึ้นได้ทั้งคู่สมรสที่แต่งงานแล้วและยังไม่แต่งงานส่วนใหญ่มักเป็นปัญหาในวัยรุ่นการแก้ปัญหาของการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมอาจเป็นได้ทั้งการทำแท้งหรือการดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปจนกระทั่งคลอดบุตร

1.2 ประเภทของการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม

การตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม สามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเภท (ตริงเนตร, 2538) ดังนี้

1. การตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาหรือยังไม่ได้จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันมีลักษณะอยู่ร่วมกันหรือแยกกันอยู่หรือพบปะเพียงชั่วคราวหรือลักลอบได้เสียกันนอกจากนี้ยังเป็น การตั้งครรภ์กับชายที่เคยสมรสกันแต่หย่าถูกต้องตามกฎหมายแล้ว

2. การตั้งครรภ์ในการสมรส หรือจดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย เป็นการสมรสกับชายที่มีการสมรสกันถูกต้องตามกฎหมาย

3. การตั้งครรภ์กรณีอื่น ๆ เช่น การถูกข่มขืนกระทำชำเรา การตั้งครรภ์กับบุคคลร่วมสายโลหิต การตั้งครรภ์จากการประภคณาภิเศก ได้แก่ หญิงขายบริการทางเพศ

1.3 สาเหตุของการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม

เพ็ญศรี และ สุภมาศ(2540) กล่าวว่า การตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมเกี่ยวข้องกับกลไกทางสังคมและพฤติกรรมเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในกลุ่มบุคคลต่างๆซึ่งมีรูปแบบแตกต่างกัน ดังนี้

1. กลุ่มหญิงยังไม่ได้สมรส พบว่าเกิดการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมได้จาก

1.1 การทดลองอยู่ร่วมกันก่อนแต่งงาน อันเป็นผลมาจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป

ทำให้แนวความคิดเกี่ยวกับการแต่งงานของคนบางกลุ่มเปลี่ยนไปเมื่อเกิดการผิดพลาดทำให้เกิดการตั้งครรภ์ ขึ้นมาจึงยังไม่พร้อมที่จะรับภาระ เกิดเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมขึ้น

1.2 หญิงบางคนมีความรู้สึกที่ตัวเองอ้าง โดดเดี่ยวต้องการใครสักคนช่วยเติม

ความรู้สึกที่ขาดหายไปอันสืบเนื่องมาจากการขาดความอบอุ่นในวัยเด็ก จึงยอมมีเพศสัมพันธ์กับคนซึ่งตนเองคิดว่าจะมาเติมความรู้สึกนั้น ได้อย่างไม่ยั้งคิดการตัดสินใจเรื่องความรักและการเลือกคู่ครองจึงเกิดขึ้นได้ง่ายและรวดเร็ว รวมทั้งขาดการเรียนรู้อย่างลึกซึ้ง ดังนั้นการมีเพศสัมพันธ์จึงเกิดขึ้น โดยไม่ได้เตรียมตัว และเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมขึ้นได้ในที่สุด

1.3 พฤติกรรมในเด็กวัยรุ่นซึ่งเป็นกลุ่มที่มีวุฒิภาวะไม่พอในการรับผิดชอบเลี้ยงดู

บุตรบางคนยังอยู่ในการศึกษาเล่าเรียนแต่จากภาวะที่มีการกระตุ้นทางสังคมมีสิ่งยั่วยุประเภทต่างๆมาก ประกอบกับแรงผลักดันทางเพศและความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ขาดสติพิจารณาไตร่ตรองผลเสียที่จะตามมาทำให้วัยรุ่นต้องการเรียนรู้ อยากทดลองตลอดจนบรรยากาศที่เป็นใจยั่วยุให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ขึ้น

2. กลุ่มหญิงที่สมรสแล้ว พบว่าการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมเกิดจาก

2.1 หญิงบางคนมีปัญหาต้องแยกกันอยู่กับสามี หรือมีการหย่าร้างกับสามี เมื่อมี

การตั้งครรภ์เกิดขึ้นทางครอบครัวก็ไม่เห็นด้วยที่จะมีบุตร เพราะเป็นภาระ

2.2 การมีบุตรเมื่ออายุมากแล้วและไม่ได้ใช้วิธีคุมกำเนิด เพราะคิดว่าจะไม่มีบุตร

2.3 การมีบุตรถี่เกินไป หรือมีจำนวนเพียงพอแล้ว ทำให้ไม่สามารถแบกรับการ

เลี้ยงดูบุตรได้อีก

2.4 สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้สถาบันครอบครัวไม่มั่นคงเช่นเคย

รวมทั้งการรับผิดชอบในการเป็นหัวหน้าครอบครัวของฝ่ายชายที่ดูเหมือนจะลดน้อยถอยลงกว่าแต่ก่อน โดยฝ่ายหญิงจะแบกรับภาระครอบครัวมากขึ้นกว่าก่อนทำให้ฝ่ายหญิงไม่สามารถแบกรับภาระเลี้ยงดูบุตรที่เกิดขึ้นมาเพิ่มอีกได้

3. กลุ่มหญิงที่ถูกข่มขืน

ปัจจุบันผู้หญิงถูกล่วงละเมิดทางเพศมากขึ้น โดยพบข่าวการข่มขืนบ่อยครั้งทางหน้า

หนังสือพิมพ์ ซึ่งมีอีกหลายกรณีที่เกิดเหตุการณ์เหล่านี้ขึ้น โดยไม่เป็นข่าว การถูกบังคับข่มขืนเกิดขึ้นได้ทั้งในหมู่คนแปลกหน้าญาติพี่น้องและคนใกล้ชิด ตลอดจนพบกรณีที่บิดาเป็นผู้กระทำต่อบุตรเองและเป็นที่แน่นอนว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์นี้ขึ้น ย่อมนำความเศร้าใจเจ็บช้ำท้อทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดจนความหวาดกลัวมาสู่ผู้ประสบเหตุการณ์ และสถานการณ์จะยิ่งเลวร้ายขึ้น ถ้าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนำมาสู่การตั้งครรภ์ และเป็นธรรมดาที่ผู้เคราะห์ร้ายเหล่านี้ย่อมต้องการที่ลี้ภัยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และไม่ต้องการให้เกิดการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นผลมาจากความเลวร้ายที่ตนเองประสบ

1.4 สถานการณ์ของปัญหาการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม

การตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม และการยุติการตั้งครรภ์เป็นปัญหาสำคัญและมีมานานในโลก รวมถึงในสังคมไทยด้วย องค์การอนามัยโลกให้ข้อมูลว่าในทุกปีปัญหาการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมเป็นสาเหตุนำไปสู่การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยของผู้หญิงและอาจต้องเสียชีวิตลงในที่สุดเพราะเกิดการแทรกซ้อนต่างๆ

การศึกษาของสุวรรณ และนางลักษณ์ (2542) จากกองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ทำโครงการสำรวจสถานการณ์การแท้งในประเทศไทยปี 2542 ผลการศึกษามาจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยแท้ง ในโรงพยาบาล 134 แห่ง จาก 787 แห่งที่มีจำนวนการทำแท้งสูงสุด โดยใช้เวลาเก็บข้อมูล 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่มาโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนจากการแท้งเอง และทำแท้ง จำนวน 4,588 คน พบว่า ร้อยละ 40.4 แท้งเนื่องจากการทำแท้ง ในจำนวนนี้ ร้อยละ 65.7 เป็นการแท้งมาจากสถานที่ต่างๆ ก่อนมาโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล ซึ่งผู้ให้บริการทำแท้งดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีความรู้ทางการแพทย์ มีเพียงร้อยละ 22.4 เป็นการแท้งในโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลโดยสูติแพทย์ และแพทย์ทั่วไป

1.5 ผลกระทบที่เกิดจากการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย สภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงการมีครรภ์ขึ้นอย่างชัดเจน สภาพทางสรีระที่เปลี่ยนแปลงไม่อาจกลับมาสวยงามดังเดิมได้ บางรายอาจเกิดการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังต้องเผชิญกับสภาวะการคลอด หรือในกรณีที่ยุติการตั้งครรภ์โดยการทำแท้ง พบว่า ในรายที่ต้องเข้าโรงพยาบาลหลังทำแท้งนั้น 39.8 % มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อในกระแสเลือด อู้งเชิงกรานอักเสบ ตกเลือดมาก และมดลูกทะลุ และพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการทำแท้ง 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.11 ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำแท้ง (ผู้จัดการรายวัน, 2544) และปี 2542 จากการศึกษาสถานการณ์แท้งในประเทศไทย พบว่าจำนวนผู้หญิงที่เข้ารับการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งเอง และทำแท้งในโรงพยาบาลของรัฐ 787 แห่ง ตลอดปี 2542 ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 45,990 ราย โดยร้อยละ 28.8 ของผู้หญิงที่ทำแท้งมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อ และมดลูกทะลุ ร้อยละ 21.6 และ 0.49 ตามลำดับ และพบว่าการทำแท้งมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าการแท้งเองถึง 11 เท่า (สุวรรณ และ นางลักษณ์, 2542)

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ ในกรณีที่ผู้หญิงนั้นมีความต้องการและความพร้อมที่จะมีบุตร จะเกิดความรู้สึกพึงพอใจ ดีใจ ภูมิใจ สมหวัง ส่วนกรณีที่ผู้หญิงนั้นไม่มีความต้องการที่จะมีบุตรและ ยังไม่พร้อมมีบุตรจนเกิดความไม่แน่ใจ มีความรู้สึกกังวลปะปนไปกับความรู้สึกสุขใจ และกรณีที่ผู้หญิงนั้นมีความต้องการที่จะมีบุตรจะเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจอย่างมาก คือ มีความรู้สึกอับอาย เสียใจ วิตกกังวล ทุกข์ใจ เป็นต้น ก่อให้เกิดความเครียดสูงในผู้หญิง ยิ่งถ้าเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมแล้วยังเพิ่มความกดดันทางจิตใจสูงมาก ซึ่งแม้เมื่อยุติการตั้งครรภ์แล้วก็ยังพบความผิดปกติทางจิตใจอยู่ โดยเรียกว่าข้าหลังคลอด (Posttraumatic stress syndrome) มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ส่วนหญิงที่ทำแท้ง พบว่าหลังการทำแท้ง

ทุกคนมีความเจ็บปวดทั้งร่างกายและจิตใจ และส่วนใหญ่จดจำได้แม้จะพยายามไม่ทำให้เกิดปัญหาซ้ำอีก ดังนั้นสังคมควรออกมาโอบอุ้มหญิงกลุ่มนี้มากกว่าที่จะซ้ำเติมโดยการเปิดโอกาสให้หญิงที่ตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมมีทางเลือกในการจัดการกับตัวเองมากกว่าที่เป็นอยู่ แต่ทั้งนี้กฎหมายที่มีอยู่ต้องได้รับการแก้ไข เพื่อให้มีมุมมองเปิดกว้างมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

1.6 แนวทางการแก้ปัญหาเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

โดยสรุปเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมขึ้นสตรีที่ประสบปัญหาแต่ละคนจะมีวิธีการแก้ปัญหาได้

3 แนวทางคือ

1. ยุติการตั้งครรภ์
2. ตั้งครรภ์ต่อและเลี้ยงดูบุตรเองเมื่อพร้อม
3. ตั้งครรภ์ต่อและหาผู้รับเลี้ยงบุตรต่อไป

สำหรับการยุติการตั้งครรภ์ หรือการทำแท้งนั้นอาจเป็นไป 2 ลักษณะคือ 1) การทำแท้งเพื่อการรักษา (Therapeutic abortion) ซึ่งในประเทศไทยกฎหมายอนุญาตให้ทำได้เฉพาะกรณีที่การตั้งครรภ์นั้นเป็นอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพของมารดาและในกรณีที่ตั้งครรภ์จากการถูกข่มขืน ตามกฎหมายว่าด้วยการทำแท้งมาตรา 305 และกระทำได้โดยแพทย์เท่านั้น และ 2) การทำแท้งที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย (Criminal abortion) เป็นการกระทำโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ อาจมีสาเหตุจากความไม่พร้อมของสตรีที่ตั้งครรภ์ คู่สมรส และหรือครอบครัว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และประเพณี (สุนารี, 2546) ส่วนกรณีที่ตัดสินใจดำเนินการตั้งครรภ์ต่อและเมื่อคลอดบุตรแล้วบางส่วนสามารถเลี้ยงลูกเองได้ถ้าพร้อม หรือบางส่วนจะหาผู้มารับบุตรไปเลี้ยงดู ซึ่งไม่ว่าจะเป็นการเลือกแนวทางการแก้ปัญหาแบบใดก็ตามสตรีที่เผชิญปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมก็ย่อมต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อให้แนวทางที่ตนเองตัดสินใจเลือกใช้ในการแก้ ปัญหาสามารถผ่านพ้นไปได้อย่างราบรื่นที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งในการสัมมนาเรื่องปัญหายุติการตั้งครรภ์ เมื่อวันที่ 6 สิงหาคม 2544 จัดโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นางเมทินี พงษ์เวช ผู้อำนวยการสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี ได้เสนอว่า รัฐควรจัดที่พักพิงให้กับผู้หญิงที่ตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม และไม่มีสามีรับผิดชอบ และดูแลจนกระทั่งคลอดเสร็จ นอกจากนี้ยังต้องให้ความรู้และข้อมูลเรื่องเพศศึกษาแก่ประชาชน รวมทั้งศูนย์ให้คำปรึกษาแก่ผู้หญิงเหล่านี้ด้วย และที่สำคัญต้องให้สังคมเข้าใจเรื่องการท้องโดยไม่พร้อมของผู้หญิง (ผู้จัดการรายวัน, 2544)

นอกจากนี้ในการศึกษาวิจัยเรื่องการเผชิญปัญหา ภาวะวิกฤต ภายใต้กระบวนการตัดสินใจเพื่อตั้ง ครรภ์ต่อของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์มีการศึกษาเฉพาะกรณีสถานคุ้มครองและพัฒนาอาชีพบ้านเกร็ดตระการ ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบสนับสนุนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมไว้ดังนี้ (สิรินุช, 2548)

1. ควรส่งเสริมให้หน่วยงานทางการแพทย์ทุกแห่งเน้นย้ำความสำคัญของบริการการให้คำปรึกษา แนะนำ เรื่องเพศ การคุมกำเนิด และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ให้มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น โดยยึดหลักผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง

2. ปรับรูปแบบการให้บริการคุ้มครองกำเนิดในเชิงรุกมากขึ้นคือ มีการให้ความรู้และบริการกับประชาชน ทุกกลุ่ม มิใช่เฉพาะผู้หญิงที่แต่งงานหรือมีครอบครัวแล้วเท่านั้น

3. รัฐควรรขยายทางเลือกเพื่อรองรับปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ให้มากขึ้น โดยเฉพาะกับกลุ่มนักเรียนนักศึกษา เพื่อให้สามารถกลับมาดำรงสถานภาพเดิมได้โดยไม่สูญเสียโอกาสทางการศึกษาเช่นที่ผ่านมา ตลอดจนจัดสร้างสถานที่หรือองค์กรเพื่อรองรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในทุกพื้นที่จังหวัด เพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการขอรับบริการความช่วยเหลือ

4. สร้างเครือข่ายการให้ข่าวสารเกี่ยวกับการให้ความรู้ คำปรึกษาปัญหาทางเพศและการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้เข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม

5. รมรงค์ให้คนในสังคมโดยเฉพาะตัวผู้หญิง ให้ตระหนักถึงสิทธิในการควบคุมดูแลทั้งความต้องการ และร่างกายของตนเอง ตลอดจนสร้างสำนึกความรับผิดชอบต่อเนื่องในผลที่จะตามมาจากการใช้สิทธิของตนเองเหล่านั้น

6. ส่งเสริมสถาบันครอบครัวให้เข้มแข็ง เพื่อเป็นเกราะป้องกันปัญหาของเด็กและเยาวชนที่อาจเกิดขึ้นตามมาจากการขาดความรัก ขาดความเข้าใจของพ่อแม่และผู้ปกครองไม่ว่าจะเป็นยาเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร หรือปัญหาการค้าประเวณี รวมถึงส่งเสริมขจัดเกลายให้เด็กและสมาชิกในครอบครัวตระหนักถึงคุณค่า การให้เกียรติ และเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกันระหว่างหญิงชาย เพื่อเป็นพื้นฐานนำไปสู่การไม่ละเมิดสิทธิในร่างกายของผู้อื่น

ในการจัดระบบสนับสนุนช่วยเหลือแก่กลุ่มสตรีที่เผชิญปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม สามารถรวบรวมแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมทั้งภาครัฐและเอกชน จากฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ได้ดังนี้

1. ในกรุงเทพมหานคร

1.1 หน่วยงานที่ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ สตรีที่ถูกละเมิดทางเพศ/ถูกทำร้าย-ทารุณ

- ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและครอบครัว กระทรวงศึกษาธิการ
- ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี โรงพยาบาลกลาง
- ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรีวชิรพยาบาล
- ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี โรงพยาบาลตากสิน
- ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
- ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี โรงพยาบาลหนองจอก
- ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี โรงพยาบาลลาดกระบัง
- ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์
- ศูนย์พิทักษ์สิทธิเยาวชนและสตรีสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
- ฝ่ายคุ้มครองแรงงานหญิงและเด็ก กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม
- กองสังคมสงเคราะห์ สำนักงานสวัสดิการสังคม กรุงเทพมหานคร

- ฝ่ายสวัสดิการและการสงเคราะห์
- ฝ่ายบรรเทาผู้ประสบภัย

1.2 ให้บริการที่พัก

- บ้านพักฉุกเฉิน (สตรีที่ประสบปัญหาสามีทอดทิ้ง, ติดเชื้อเอชไอวี และอื่นๆ)
- บ้านพระคุณ (ให้บริการสตรีตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม)
- บ้านเอื้ออารี (ที่พักชั่วคราวผู้อพยพแรงงาน)
- บ้านพักใจ
- บ้านพักเด็กและครอบครัว

1.3 หน่วยงานที่ให้คำปรึกษา/ช่วยเหลือผู้หญิงตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม

- บ้านเพื่อใจวิหวัน ถนนสุขุโขทัย
- บ้านพักฉุกเฉิน สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ
- สหทัยมูลนิธิ
- มูลนิธิมิตรมวลเด็ก
- บ้านภคินีศรีชุมพบาล
- บ้านพระคุณ
- บ้านพักเด็กและครอบครัว กทม.
- บ้านสายสัมพันธ์ เสถียรธรรมสถาน
- วิเทรณ อินเทอร์เน็ตชั่นแนลเฮาส์ สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี

ในพระอุปถัมภ์ของ

พระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าโสมสวลีพระวรราชทินนิตถมาตุ

1.4 ให้คำปรึกษาปัญหาชีวิต

- ศูนย์บรรเทาใจ
- คลินิกนรินาม (ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย)
- สายด่วนวัยรุ่น
- ฮอทไลน์คลายเครียด (กรมสุขภาพจิต)
- สมาริตันส์ (ปรึกษาปัญหาชีวิต)
- มูลนิธิฮอทไลน์ปรึกษาปัญหาทั่วไป

1.5 มูลนิธิเพื่อนหญิง

- บ้านพักฉุกเฉิน 1
- บ้านพักฉุกเฉิน 2
- มูลนิธิผู้หญิง

2. ศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤติในโรงพยาบาล (ในภาคใต้)

- โรงพยาบาลกระบี่

- โรงพยาบาลชุมพร
- โรงพยาบาลตะกั่วป่า
- โรงพยาบาลยะลา
- โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
- ศูนย์วิจัยและพัฒนาสตรี จ.สงขลา
- ศูนย์สมาคมวางแผนครอบครัว จ.สงขลา
- สตรีศึกษาภาคใต้ จ.สงขลา



1.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม

พิชานัน (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์และมีบุตรของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีในพื้นที่สาธารณสุขเขต 2 การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์และมีบุตรของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ในจังหวัดพิษณุโลก ตาก สุโขทัย เพชรบูรณ์และอุตรดิตถ์ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกคนที่มารับบริการคลอด จำนวน 435 คน จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 17.3 ปี อายุต่ำสุดอยู่ที่ 11 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นลงมาร้อยละ 85.3 อาชีพรับจ้างร้อยละ 35.4 รายได้เฉลี่ย 1,674.7 บาท/เดือน การตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์ ร้อยละ 64.1 กลุ่มตัวอย่างอยู่กับสามี ร้อยละ 87.8 ปัจจัยหลัก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ อยู่ในระดับต่ำ เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์อยู่ในระดับสูง ค่านิยมต่อการมีบุตรอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการตั้งครรภ์อยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยเสริม พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ และมีบุตรอยู่ในระดับต่ำ จากปัจจัยดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ให้ความสำคัญถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น และไม่ได้รับรู้เห็นตัวอย่างของอันตรายที่จะเกิดขึ้นของการตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี จึงไม่เห็นถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับการมีบุตรเมื่ออายุน้อย ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษา การคุมกำเนิด และการวางแผนครอบครัวที่ถูกต้อง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ได้แก่ ปัจจัยทางด้านอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ อายุการตั้งครรภ์ครั้งแรก และค่านิยมเกี่ยวกับการมีบุตร ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พชนิ (2547) ทำการวิจัยเรื่อง วัยรุ่นกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และกลไกในการเผชิญปัญหา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบของพฤติกรรมที่นำไปสู่การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และเพื่ออธิบายถึงกลไกในการเผชิญปัญหา เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ในระดับลึก ระหว่าง เดือน มกราคม – พฤษภาคม 2547 กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึง



ประสงค์ อายุ 15-19 ปี จำนวน 15 คน วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษารูปแบบของพฤติกรรม เริ่มต้นด้วยกลุ่มตัวอย่าง เดินทางมาศึกษาในเมือง โดยพักอาศัยในหอพัก หรือเช่าบ้านอยู่รวมกันกับเพื่อน มีการรวมกลุ่ม และนัดเที่ยวกลางคืน เมื่อคืนเคยจะไปด้วยกันเพียงลำพัง ระยะเวลาไม่มีสิ่งมีนเมาเข้ามาเกี่ยวข้อง ต่อมา มีการทดลองดื่มเบียร์ เหล้า การชักชวนไปที่พักของเพื่อนชาย หรือพาไปที่รโหฐาน และการมีเพศสัมพันธ์ โดยมีทั้งการใช้กำลังบังคับในขณะที่กลุ่มตัวอย่างกำลังมีนเมา การยินยอมพร้อมใจ และความอยากลองของกลุ่มตัวอย่างเอง จากนั้นจะมีสัมพันธ์ต่อเนื่อง และบางรายย้ายไปพักกับเพื่อนชาย ทั้งหมดมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน รูปแบบการเผชิญปัญหาพบว่า เมื่อสงสัยว่าตนเองจะตั้งครรภ์ ส่วนหนึ่งจะตรวจปัสสาวะด้วยตนเอง ไปคลินิก โรงพยาบาล อ่านตำรา และทราบโดยประสบการณ์ บุคคลที่บอกการตั้งครรภ์ให้รับรู้ คือ เพื่อนชาย และเพื่อนสนิท ที่อยู่เป็นคู่จะมีพ่อแม่ของเพื่อนชายร่วมรับรู้ แต่การตัดสินใจทำแท้งขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่างเอง ปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจ คือ ยังเรียนไม่จบ ไม่พร้อมที่จะรับภาระ ไม่มีรายได้ กลัวพ่อแม่รู้ กลัวชาวบ้านนินทา การหาสถานที่ทำแท้ง จะสอบถามจากเพื่อน รุ่นพี่ หรือเพื่อนบ้านที่เคยทำแท้ง บางรายจะไปสำรวจสถานที่ทำแท้ง และราคาก่อนจึงตัดสินใจว่าจะทำที่ใด ค่าใช้จ่ายในการทำแท้งใช้เงินของกลุ่มตัวอย่างเอง ที่เป็นคู่จะมีพ่อแม่ของเพื่อนชายร่วมรับผิดชอบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไปทำแท้งเองเพียงลำพัง หรือมีเพื่อนสนิทเป็นผู้พาไป หลังทำแท้งแล้วส่วนใหญ่จะไปเรียนหนังสือตามปกติในวันรุ่งขึ้น เมื่อเกิดอาการแทรกซ้อนหลังทำแท้ง จะซื้อยากินเอง บางรายจะอดทน เมื่ออาการแย่ลง จึงขอความช่วยเหลือจากผู้ที่พบเห็น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพื่อน เจ้าของหอพัก หรือเพื่อนบ้านให้ช่วยนำส่งโรงพยาบาล ส่วนที่อยู่เป็นคู่จะเป็นคนในครอบครัว หรือเพื่อนชายเป็นผู้นำส่ง จากการสอบถามเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน กลุ่มตัวอย่างให้ความคิดเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดา เพื่อนที่เรียนด้วยกันต่างก็มีคู่ เมื่อถามถึงการคุมกำเนิด พบว่า บางรายมีความรู้ บางรายไม่มีความรู้ บางรายเคยกินยา แต่ต้องเลิกด้วยเหตุผล กินแล้ววิงเวียน น้ำหนักขึ้นและไม่ได้ใช้การป้องกันวิธีอื่นอีก

สิรินุช (2548) ศึกษาเรื่องการเผชิญปัญหา ภาวะวิกฤต ภายใต้กระบวนการตัดสินใจเพื่อตั้งครรภ์ ต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ศึกษาเฉพาะกรณีสถานคุ้มครองและพัฒนาอาชีพบ้านเกร็ดตระการมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา การเผชิญภาวะวิกฤต ทางเลือกและวิถีการดำเนินชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ วิเคราะห์ถึงเงื่อนไขและปัจจัยที่นำมาสู่กระบวนการตัดสินใจเพื่อตั้งครรภ์ต่อ และศึกษาผลอันเกิดขึ้นจากกระบวนการตัดสินใจดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้เป็นทฤษฎีเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ประชากรในการศึกษา คือหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ ซึ่งอยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ หรือให้กำเนิดบุตรแล้วจำนวน 10 คน แบ่งเป็นสัญชาติไทย 8 ราย และสัญชาติอื่น 2 ราย การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงทุกคนเปรียบเสมือนภาวะวิกฤตที่ก่อให้เกิดความเครียด หวาดหวั่น และวิตกกังวล พบว่าผู้หญิงมีเงื่อนไขที่นำมาสู่การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์แตกต่างกัน คือเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการเจริญพันธุ์ จากกรณีปัญหาด้านสุขภาพ เกิดความผิดพลาดในการคุมกำเนิด จากการมีเพศสัมพันธ์ในสถานการณ์ที่ไม่ได้

คาดการณ์ล่วงหน้า และจากการถูกล่อลวงข่มขืน สาเหตุที่ผู้หญิงไม่สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้สำเร็จ เกิดจากปัจจัยหลายประการ คือการมีอายุครรภ์ที่มากเกินไป ศาสนาวัฒนธรรมความคิดและความเชื่อที่มองว่าการทำแท้งคือการทำบาป การไม่ได้รับการเอื้ออำนวยจากบุคลากรทางแพทย์ ความล้มเหลวของสถานบริการทำแท้ง และค่าใช้จ่ายในการทำแท้งที่สูงเกินไป เมื่อผู้หญิงไม่สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้สำเร็จ ทำให้จำเป็นต้องเลือกที่จะตั้งครรภ์ต่อไป ทั้งนี้พบว่ายังมีปัจจัยอื่นๆที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเพื่อตั้งครรภ์ต่อดังกล่าว มีผลให้การตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อไปได้ง่ายขึ้น ซึ่งประกอบด้วย การยอมรับได้ของบุคคลในครอบครัว การมีหน่วยงานให้ความช่วยเหลือ ความต้องการบุตรของฝ่ายชาย และความสามารถที่พึ่งพาตนเองได้ของฝ่ายหญิง และเมื่อศึกษาถึงผลที่ตามมาเมื่อตัดสินใจว่าจะดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไป พบว่าผู้หญิงต้องเผชิญกับผลกระทบในหลายๆด้าน คือต้องอับอายจากการไม่ยอมรับจากสังคม การสูญเสียโอกาสในการศึกษา การสูญเสียโอกาสในการทำงาน และความยากลำบากในการเลี้ยงดูบุตร

สุนารี (2546) ศึกษาเหตุผลทางสังคมวัฒนธรรมในการตัดสินใจทำแท้งจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของหญิงวัยรุ่น เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเหตุผล ความรู้สึกนึกคิด และเหตุผลทางสังคม วัฒนธรรมที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ตัดสินใจทำแท้ง รวมทั้งศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังทำแท้ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง รวมถึงศึกษาเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า เหตุผลที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เกิดจากค่านิยมและบรรทัดฐานทางสังคมที่เกี่ยวกับมาตรฐานชอนทางเพศที่จำกัดการเรียนรู้เรื่องเพศของหญิงวัยรุ่น ทำให้หญิงวัยรุ่นขาดความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอที่จะกำหนดพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยกับตนเอง ทั้งในด้านการคุมกำเนิดซึ่งป้องกันการตั้งครรภ์เมื่อยังไม่พร้อมและพฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เงื่อนไขที่นำไปสู่การตัดสินใจทำแท้งของวัยรุ่นเกิดจากความกดดันทางสังคมที่เกี่ยวกับบรรทัดฐานทางเพศ และบทบาทความเป็นแม่ที่ครอบงำความคิด ความเชื่อ ค่านิยมของกลุ่มคนในสังคมว่าการตั้งครรภ์ในวัยเรียน การตั้งครรภ์นอกสมรส เป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากสังคม เมื่อหญิงวัยรุ่นพิจารณาแล้วเห็นว่าการตั้งครรภ์นั้นส่งผลกระทบต่อชีวิตให้ได้รับผลเสียมากกว่าผลดี หญิงวัยรุ่นจะตัดสินใจทำแท้งทันทีโดยยอมเสี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้นจากการทำแท้ง โดยที่หญิงวัยรุ่นต้องเป็นผู้รับผิดชอบและแบกรับผลลัพธ์ต่างๆที่เกิดผลกระทบต่อตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม แนวทางการแก้ไขปัญหาคือ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์โดยการปรับเปลี่ยนค่านิยม ความเชื่อเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างวัยรุ่นชายหญิงให้มีความเสมอภาคกัน การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษาที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการเข้าถึงการบริการทางด้านสาธารณสุขที่ให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิด

ครอสบี้ และคณะ (Crosby, & et. al., 2003) ศึกษาความสัมพันธ์ของการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มหญิงวัยรุ่นแอฟริกัน-อเมริกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความสัมพันธ์ของการรับรู้ว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนและเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยรุ่นแอฟริกัน-อเมริกันที่ไม่ได้แต่งงานอายุระหว่าง 14-20 ปีวิธีการศึกษาคือหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 170 คน

ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างระหว่างที่ไปฝากครรภ์ครั้งแรกที่หน่วยฝากครรภ์ เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวในห้องที่จัดไว้เป็นสัดส่วนอย่างชัดเจน โดยที่จะได้รับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในประเด็นการบริหารจัดการตัวเอง ซึ่งการวัดจะตั้งอยู่บนปัจจัยที่มีอิทธิพล 2 ปัจจัย คือ 1) สัมพันธภาพกับเพื่อนชาย และ 2) คือ การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และ/หรือ ครอบครัว นอกจากนี้อายุ และความเสมอภาค จะได้รับการประเมินด้วย ค่าสัมประสิทธิ์ตารางการณัจจร (contingency table analysis) ถูกนำมาใช้เพื่อการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะนำมาวิเคราะห์ต่อโดย stepwise logistic regression model ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 51.2 บอกว่าการตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นทั้งการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนและการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ในการวิเคราะห์หลายตัวแปร วิจัยรุ่นชี้ให้เห็นว่าระดับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองที่ต่ำจะมีการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนและเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์สูงกว่ากลุ่มอื่นเกือบ 2 เท่า และกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 18 ปีจะบอกว่าการตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน และเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์สูงกว่ากลุ่มอื่นเกือบ 2 เท่าเช่นกัน ถึงแม้ว่าเพื่อนชายของหญิงวัยรุ่นเหล่านี้ ยอมรับการตั้งครรภ์และมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างค้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ก็ตาม

2. การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

2.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ไว้หลายความหมาย ดังนี้

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของไวส์ (คอบบ์ (Cobb, 1976 อ้างใน ขวัญพนมพร, 2548; Os, 2009) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม โดยการให้ความรัก ความอบอุ่นผูกพัน การสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกันในรูปแบบต่างๆ เมื่อบุคคลรับรู้ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ จะทำให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

คอบบ์ (Cobb, 1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า คือการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่ามิบุคคลให้ความรักใคร่ผูกพัน เอาใจใส่ ยกย่อง ทำให้ตัวเขารู้สึกว่ามีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

สจีวิต (Stewart, 1993) ให้ความหมายว่า เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว คู่สมรส เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อการติดต่อสื่อสารข้อมูลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการลดความ เครียด และส่งเสริมสุขภาพ

โดยสรุป การสนับสนุนทางสังคมในสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม คือ การที่สตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคมทั้งภายใน และภายนอกครอบครัวของตนเองและหรือคู่ครอง ทำให้สตรีเหล่านั้นรับรู้ได้ว่าได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆทั้งที่เป็นนามธรรม เช่น การให้ความรักความผูกพัน การเอาใจใส่ การแสดงให้เห็นว่าเป็นบุคคลที่เป็นที่ยอมรับ และการได้รับ

สนับสนุนที่เป็นรูปธรรม เช่น การให้สิ่งของเงินทอง ที่พักอาศัย การรับบุตร ไปเลี้ยง เป็นต้น จนรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยให้สามารถลดความเครียด และสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมได้ดีขึ้น

2.2 ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม มีนักวิชาการหลายคนพยายามศึกษากลไกการทำงานหรือกระบวนการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยใน 2 ลักษณะ (House, 1981)

1. กลไกการทำงานของการสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจซึ่งสร้างเสริมภาวะปกติสุข การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีส่วนร่วมในสังคม ผลต่อภาวะสุขภาพนี้เป็นผลดีไม่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง เฮาส์(House) อธิบายว่าคนที่มีความเครียดต่ำหรือไม่มีเลยในขณะที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง บุคคลนั้นจะมีภาวะสุขภาพที่เป็นปกติสุขสมบูรณ์ ซึ่งเป็นการบ่งชี้ถึงผลกระทบโดยตรงของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพ และยังพบว่าอัตราของภาวะสุขภาพเสื่อมโทรม (poor health) จะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อการสนับสนุนทางสังคมลดลง

2. กลไกการทำงานของการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการลดความเครียด โดยตรง และอีกบทบาทหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมคือเป็นตัวกันชน(stress buffering) ที่ดูดซับผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียดและลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิตซึ่งภาวะนี้ส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วย ((House, 1981; Northouse, 1988) สอดคล้องกับที่ไลเบอร์แมน (Lieberman, 1972) ได้สรุปผลการสนับสนุนทางสังคมว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดเหตุการณ์ที่จะนำไปสู่ภาวะเครียด ทำให้การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะเครียดเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ส่งเสริมการเผชิญภาวะเครียดของบุคคล ขณะเดียวกันก็ลดระดับความรุนแรงหรือผลกระทบของภาวะเครียดลง ซึ่งทำให้บุคคลมีอารมณ์มั่นคง ส่งผลให้สุขภาพกายดีขึ้น ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกัน โรคทำงานได้ดีขึ้น ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพดี มีการต่อสู้กับปัญหาและปรับตัวเผชิญภาวะเครียดได้ดีขึ้น (Cohen & Wills, 1985) การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่สำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ถือได้ว่าเป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งทางร่างกายและจิตใจอันเป็นผลให้บุคคลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีอารมณ์มั่นคงในการต่อสู้กับปัญหา และพยายามปรับตัวเผชิญกับปัญหาหรือความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cohen & Wills, 1985) มีการวิจัยหลายชิ้นที่ได้ผลที่สอดคล้องว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อความเครียดในชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิตดีและมีความพึงพอใจในชีวิต การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการเป็นตัว กระตุ้นส่งเสริมให้เกิดกระบวนการต่อต้านความเจ็บป่วยและมีผลต่ออัตราการตายเบลเซอร์ (Blazer, 1982)

นักทฤษฎีหลายคนเสนอและให้การสนับสนุนว่าการสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่ป้องกันและเป็นตัวกลางช่วยบรรเทาและลดความเครียด ส่งเสริมภาวะสุขภาพที่ดี และที่เด่นชัดคือช่วยส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีด้วย

ดังนั้นหากสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคม (Social network) อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมก็จะสามารถช่วยให้สตรีเหล่านี้มีการรับรู้ต่อภาวะเครียดเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นส่งเสริมให้มีความสามารถเผชิญภาวะเครียดได้ดีขึ้น ขณะเดียวกันก็ลดระดับความรุนแรง หรือผลกระทบของภาวะเครียดลง ทำให้สตรีที่กำลังเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิตมีอารมณ์มั่นคง ส่งผลให้สุขภาพกายดีขึ้นทำให้มีพฤติกรรมทางสุขภาพดี สามารถต่อสู้กับปัญหาและปรับตัวเผชิญภาวะเครียดได้ดีขึ้น ผลดีจะเกิดขึ้นทั้งต่อตัวสตรีเองและบุตรที่จะคลอดออกมาในกรณีที่ตั้งใจดำเนินการตั้งครรภ์ต่อ รวมถึงจะส่งผลดีต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องได้แก่คนในครอบครัวด้วย

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นความผูกพัน ระยะเวลาของความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน (Pender, 1996) และความพึงพอใจในการให้หรือการได้รับการสนับสนุนทางสังคม) ซึ่งบุคคลจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากน้อยต่างกันขึ้นอยู่กับช่วงเวลา และโอกาสด้วย นอกจากนี้บุคคลแต่ละคนมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน ขณะเดียวกันก็ได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันด้วย ตามระดับความสัมพันธ์ และสถานการณ์เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกกลัวการกลับเป็นซ้ำ รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิตและความรู้สึกเหล่านี้ เป็นผลให้เกิดความเครียด ซึ่งจะสามารถลดความเครียดได้หรือไม่ั้น การสนับสนุนทางสังคม และประสบการณ์ชีวิต เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลลดความเครียดลง และกลับสู่ภาวะสมดุลได้อีกครั้ง (Mishel, 1990)

2.4 แหล่งและชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เนื่องจากชนิดของการสนับสนุนทางสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปตามแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม นอกจากนั้นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมยังสามารถบอกถึงขนาดของเครือข่าย (Network size) ทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ

ตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม สามารถแบ่งออกได้ตามกลุ่มของบุคคลที่ให้การสนับสนุนดังนี้

1. สามี / คู่รัก (Spouse or partner)
2. บุคคลในครอบครัว/ญาติ (Other relatives)
3. เพื่อน (Friends)
4. เพื่อนบ้าน (Neighbors)
5. หัวหน้างาน (Work supervisor)
6. เพื่อนร่วมงาน (Co-workers)
7. ผู้ให้บริการ หรือผู้ดูแล (Service or caregivers)

8. กลุ่มผู้ประสบปัญหาเดียวกัน (Self – help group)

9. บุคลากรด้านสุขภาพ และสวัสดิการสังคม (Health and welfare professionals)

ในขณะที่ จริยวัตร (2531) ได้แบ่งกลุ่มของแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมในบริบทของสังคมไทยเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน (กลุ่มที่มีสัมพันธ์ภาพแบบไม่เป็นทางการ)

2. กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มทางสังคมอื่นๆ

นอกจากนี้ยังเสนอมิติเชิงระบบของแหล่งสนับสนุนทางสังคมว่าประกอบด้วย 5 ระบบ คือ

1. ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เครือญาติ
2. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน
3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์
4. ระบบให้การดูแลจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ
5. ระบบให้การสนับสนุนดูแลจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ

และจากงานวิจัยของ วังเบิร์ก และคณะ (Wangberg and et al., 2007) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์

ระหว่างการใช้อินเทอร์เน็ต สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยศึกษาในกลุ่มที่มีอายุ 15 - 80 ปี ของ 7 ประเทศของทวีปยุโรป นั้นพบว่าการใช้อินเทอร์เน็ต การใช้อื่นๆ เช่น โทรศัพท์ วิทยุ หนังสือ แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร เป็นต้น มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้อินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เจกเช่นปัจจุบันในบริบทของสังคมไทยก็เช่นกัน สื่อ (media) เข้ามามีบทบาทต่อการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ ของคนในสังคมมากขึ้น และเดิมสื่อมักเป็นไปในรูปแบบของการสื่อสารทางเดียวไม่ว่าจะเป็นวิทยุ โทรศัพท์ หรือหนังสือ/นิตยสารต่างๆ แต่ในปัจจุบันมีทั้งในลักษณะที่เป็นการสื่อสารทางเดียวและสื่อสารสองทางไม่ว่าจะเป็น วิทยุ โทรศัพท์ นิตยสาร สายด่วน (Hotline) หรือ เว็บไซต์ต่างๆ อย่างไรก็ตามการสื่อสารเรื่องเพศในสังคมไทยนั้นบางส่วนของสังคมสามารถพูดคุยได้อย่างเปิดเผยมากขึ้น แต่ในขณะที่บางส่วนของสังคมก็ยังไม่สามารถพูดคุยได้อย่างเปิดเผย ดังนั้นการเลือกช่องทางหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากสื่ออาจเป็นช่องทางที่บุคคลเลือกเพื่อหลีกเลี่ยงการเปิดเผยตนเอง ทำให้สื่อหรือช่องทางการสื่อสารเหล่านี้สามารถทำหน้าที่หลายอย่างได้คล้ายคลึงกับเครือข่ายทางสังคมอื่นๆ จนเรียกได้ว่าสื่อหรือช่องทางการสื่อสารเป็นเครือข่ายทางสังคมอีกกลุ่มหนึ่ง จึงนับได้ว่าสื่อ/ช่องทางการสื่อสารเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญอีกแหล่งหนึ่งของสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม

จากแนวคิดเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมทั้งของเฮลส์ และ จริยวัตร และข้อมูลข้างต้นในงานวิจัยฉบับนี้จึงกำหนดกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่สตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมไว้ดังนี้



1. สามี/คู่รัก
2. บุคคลในครอบครัว/ญาติ
3. เพื่อนบ้าน
4. เพื่อน/เพื่อนร่วมห้อง/เพื่อนร่วมงาน
5. หัวหน้างาน / ครูอาจารย์
6. ผู้ประสบปัญหาเดียวกัน
7. บุคคลากรด้านสุขภาพและ สวัสดิการสังคม
8. ผู้ให้บริการ/ผู้ดูแลเอกชน
9. บุคคลากรทางศาสนา
10. เจ้าหน้าที่หน่วยงานการกุศล
11. สื่อ / ช่องทางการสื่อสาร

สำหรับชนิดของการสนับสนุนทางสังคมนั้น คอบบ์ (Cobb, 1976) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก การเอาใจใส่ดูแล ซึ่งมักจะ ได้จากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด และมีความผูกพันซึ่งต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่จะบอกให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า เพราะมีผู้ให้การยอมรับ เกิดความภาคภูมิใจความมั่นใจในตนเอง
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social support or network support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

ส่วน เฮาส์ (House, 1981; Os, 2009) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ความเห็นอกเห็นใจ การยอมรับนับถือ เช่น การแสดงความพอใจ ความห่วงใย การยอมรับนับถือ ให้ความไว้วางใจ การรับฟัง หรือการกระตุ้นเตือน ส่วนใหญ่จะได้รับจากครอบครัว และเพื่อนสนิท
2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (Appraisal support) หมายถึงการให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง หรือเกิดการเรียนรู้ เช่น การเห็นพ้องหรือยืนยันให้มั่นใจ การรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ และการเปรียบเทียบให้เห็น เป็นต้น เพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจ ในส่วนนี้จะเป็นการแสดงออกของครอบครัว เพื่อนร่วมงาน หรือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำข้อเท็จจริง แนวทางปฏิบัติ หรือให้ทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้ ซึ่งจะเป็นการตอบสนองมาจากบุคคลากรในวิชาชีพต่างๆ หรือตามความต้องการตามสถานการณ์

4. การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน และแรงงาน (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคน เช่น เงิน สิ่งของ แรงงาน และเวลา รวมถึงการจัดสิ่งแวดลอมให้เอื้ออำนวยเป็นต้น ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล

ทั้งนี้ในงานวิจัยฉบับนี้ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับชนิดของการสนับสนุนทางสังคมสำหรับสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมตามแนวทางของเฮาส์

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมในสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมและผู้ที่มีภาวะ

วิกฤต

หทัยรัตน์ (2547) ศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนาโดยศึกษากรณีศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้สีกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาตามปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน 3) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้สีกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา และ 4) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 103 คน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรู้สีกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา และพบว่าความรู้สีกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สามารถทำนายได้ร้อยละ 5.60 และการสนับสนุนทางสังคมทางด้านการประเมินสามารถทำนายพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้ร้อยละ 17.3

ศรีเนตร (2538) ทำวิจัยเรื่องบริการสังคมที่หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา ต้องการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภูมิหลังและกระบวนการตัดสินใจในการเลือกใช้บริการของหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาและเพื่อศึกษาบริการสังคมที่หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาต้องการ วิธีการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา 2 กลุ่ม คือ หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาที่เลือกการตั้งครรภ์ต่อไป และใช้บริการในบ้านพักชั่วคราวระหว่างตั้งครรภ์และพักฟื้นหลังคลอด จำนวน 5 แห่ง รวมทั้งสิ้นจำนวน 57 ราย และหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาที่เลือกยุติการตั้งครรภ์ และใช้บริการในคลินิกเอกชนจำนวน 1 แห่ง รวมทั้งสิ้นจำนวน 68 ราย เป็นการศึกษาเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ภูมิหลังของหญิง 2 กลุ่ม คือ มีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่หรือ 15-24 ปี มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ที่ต่างจังหวัดอพยพเข้ามาอยู่ในกรุงเทพมหานครเพื่อหางานทำและเพื่อหาทางออกของการตั้งครรภ์ครั้งนี้ พื้นฐานความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี ทั้งลักษณะการใช้ชีวิต

ภายในครอบครัวเช่น ครอบครัวแตกแยก หรือวัฒนธรรมการเลี้ยงดูที่ไม่สามารถถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศ ส่วนใหญ่การตั้งครรภ์เป็นครั้งแรกและเป็นการตั้งครรภ์นอกสมรสที่เกิดจากการไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ เพราะขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษา ความผิดพลาดในการคุมกำเนิดหรือการถูกข่มขืนกระทำชำเรา มักทราบว่าตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์อยู่ในช่วง 1-13 สัปดาห์ และไม่สนใจฝากครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์จะพบปัญหาด้านเศรษฐกิจและการประกอบอาชีพ สามีไม่รับผิดชอบต่อการตั้งครรภ์และแนะนำให้ไปทำแท้ง การตั้งครรภ์ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม หากมีบุคคลอื่นทราบเกรงว่าจะถูกประณามและเป็นที่ยับยั้ง นอกจากนี้บุคคลที่มีส่วนรับรู้ในการตั้งครรภ์คือ สามี เพื่อน ญาติ พี่น้อง บิดามารดาของหญิงตั้งครรภ์ และบิดามารดาของสามี หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ไม่เคยรับรู้บริการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนามาก่อน เมื่อเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาใช้การตัดสินใจด้วยตัวเอง ส่วนใหญ่มักเลือกวิธีการทำแท้งและมักจะได้รับคำแนะนำไปทำแท้ง จากการศึกษาพบว่าประเด็นสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจแก้ไขปัญหาว່ว่าควรเลือกตั้งครรภ์ต่อไปหรือยุติการตั้งครรภ์ คือ หญิงตั้งครรภ์ สามี ระบบเกื้อหนุนจากครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัวสามีและเพื่อนสนิท รวมทั้งภาวะเศรษฐกิจ การไม่ยอมรับของสถานศึกษา ความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับการทำแท้ง การรับรู้เกี่ยวกับบริการสังคม และการให้คุณค่าของสังคมในเรื่องค่านิยมทางเพศของผู้หญิง นอกจากนี้ถึงแม้ว่าหญิงทั้ง 2 กลุ่มตกลงเลือกใช้บริการตามที่ต้องการแล้ว แต่มีบางส่วนที่ต้องการสวัสดิการสังคมด้านอื่น เช่น สวัสดิการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์และบุตร การยอมรับหญิงตั้งครรภ์ในการประกอบอาชีพและสถานศึกษา หรือสามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ในกรณีที่การตั้งครรภ์เกิดปัญหาสังคม และเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังต้องการความเข้าใจ การยอมรับจากบิดา มารดา และสังคมในปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ ทั้ง 2 กลุ่มเห็นว่า บริการสังคมเป็นสิ่งจำเป็น เพราะเป็นการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น รวมทั้งป้องกันการเกิดปัญหาสังคมในรูปแบบอื่น เช่น การทอดทิ้งเด็ก การทำแท้งผิดกฎหมาย ดังนั้นหญิงทั้งสองกลุ่มจึงมีความต้องการในระดับสูงทั้งบริการช่วยเหลือเพื่อให้สามารถตั้งครรภ์ต่อไปและยุติการตั้งครรภ์ โดยมีความต้องการบริการในแต่ละด้านทั้งหมด 7 ด้านเรียงตามลำดับดังนี้ 1)หญิงที่เลือกตั้งครรภ์ต่อไป ต้องการบริการในอันดับแรกคือ ด้านความช่วยเหลือต่างๆ เช่น ที่พักชั่วคราวระหว่างตั้งครรภ์และพักฟื้นหลังคลอด ความช่วยเหลือในการดูแลบุตร การฝากครรภ์และการคลอด ส่วนลำดับรองลงมา คือความต้องการด้านอื่นๆ ได้แก่ การที่จะได้รับการปฏิบัติจากสังคม และการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ตามพุทธศาสนาโดยปฏิบัติกรรมภาวนา ตั้งจิตเหนี่ยวทางจิตใจ นอกจากนี้ยังมีความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงานด้านความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ด้านการส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ด้านการวางแผนดำเนินชีวิตต่อไป และด้านการปรึกษา 2)หญิงที่เลือกยุติการตั้งครรภ์ ต้องการบริการในอันดับแรก คือด้านข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงานรองลงมาคือด้านอื่นๆ ได้แก่ การที่จะได้รับการปฏิบัติจากสังคม และการปฏิบัติธรรมนอกจากนี้ยังมีความต้องการในด้านความช่วยเหลือต่างๆที่เกี่ยวกับการทำแท้ง ด้านการส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ด้านการวางแผนการดำเนินชีวิตต่อไป ด้านความรู้เกี่ยวกับการทำแท้ง และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และด้านการปรึกษา

อ้อมใจ (2542) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและหาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจำนวน 60 รายพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับทางจิตสังคมในระดับปานกลาง ผลการวิจัยเสนอแนะให้พยาบาลควรส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ เพื่อที่จะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีการปรับทางจิตสังคมได้อย่างเหมาะสม

ปิยนันท์ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในระยะคลอดของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 80 ราย พบว่า มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ช่วยให้มารดามีสภาพจิตใจและอารมณ์ที่มั่นคง ชวนส่งเสริมการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม

สุมณฑา (2541) ศึกษาเรื่องความเครียดการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีเก็บข้อมูลจากมารดาหลังคลอด 4-8 สัปดาห์ที่ติดเชื้อเอชไอวี 100 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นมากกว่าด้านมุ่งแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์ เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 32.59 ($p < .001$) ส่วนความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์ได้ร้อยละ 22.15 ($p < .001$)

เอลเซนบรูช (Elsenbruch and et. al., 2007) ศึกษา การสนับสนุนทางสังคมระหว่างการตั้งครรภ์ : ผลต่ออาการซึมเศร้าของมารดา พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ เป้าหมายของการศึกษารั้งนี้เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมขณะตั้งครรภ์ต่ออาการซึมเศร้าของมารดาคุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกและสามารถดำเนินการตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอดจำนวน 896 คน กลุ่มตัวอย่างถูกจัดเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ตามการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำบอกว่า อาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นและคุณภาพชีวิตลดลง เกี่ยวกับผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์พบว่า ในกลุ่มผู้หญิงที่สูบบุหรี่ระหว่างการตั้งครรภ์มีการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความยาวและน้ำหนักของทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน 2 ทาง (สถานะการสูบบุหรี่ และ การสนับสนุนทางสังคม) และในกลุ่มที่สูบบุหรี่จะพบว่ามีความเครียดจากการตั้งครรภ์มากขึ้นถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และสัดส่วนของการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทาง

สังคมในระดับต่ำก็มีมากกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้นการขาดการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของคุณภาพชีวิตของมารดาขณะที่ตั้งครรภ์และส่งผลต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ด้วย

3. การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Accessibility to care)

3.1 ความหมายของการเข้าถึงบริการ

แนวคิดการเข้าถึงบริการนั้น มีผู้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องนี้ว่าเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับการใช้บริการ ซึ่งมีผู้เสนอแนวคิดในทิศทางนี้ไว้หลายท่าน ที่ส่วนใหญ่คล้ายคลึงกัน

โดยสรุป กรอบการเข้าถึงบริการโดยส่วนใหญ่มีองค์ประกอบ 3 ด้านคือ

1. ด้านความต้องการในการเข้าถึง
2. ด้านการใช้บริการและ 3. ด้านผลลัพธ์ของบริการ

ทั้งนี้การเข้าถึงบริการที่แท้จริงเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลโดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการ (ศุรางค์ศรี, 2545) คือ

1. นโยบายสุขภาพ (Health policy)
2. ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ (Characteristics of delivery system)
3. ลักษณะประชากรของผู้ใช้บริการ (Characteristics of delivery population)
4. การใช้บริการสุขภาพ (Utilization of health services) เช่น ชนิดของสถานบริการ จุดประสงค์ และเวลาที่ใช้บริการ
5. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Consumer satisfaction)

เพ็นชานสกีและโทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) เสนอมิติของการเข้าถึงบริการไว้ 5 ประการ

1. ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) คือความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการทั้งปริมาณและชนิดของผู้ใช้บริการ
2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือ ความสัมพันธ์ของสถานที่ตั้งของแหล่งบริการกับความสามารถที่ผู้ใช้บริการจะไปถึงได้อย่างสะดวก ระยะทาง ความเหมาะสมของเวลาในการเดินทาง
3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) เช่น ขั้นตอนการรับบริการ เวลาของการปฏิบัติงาน ความสะดวกในการเข้ารับบริการ รวมถึงการให้การต้อนรับ การชี้แจงรายละเอียดในการใช้บริการ
4. ความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) เป็นความสัมพันธ์ของค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ กับรายได้ของผู้รับบริการ ซึ่งรวมทั้งค่าบริการและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง คูได้จากปัญหาในการเสียค่าใช้จ่าย ความคุ้มค่า และความสามารถของผู้รับบริการที่สามารถจ่ายได้
5. การยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) เป็นทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อลักษณะและการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ หรือเป็นความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ รวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการ

สำหรับการเข้าถึงบริการมีการเสนอตัวชี้วัดเพื่อประเมินความสามารถในการเข้าถึงบริการดังนี้

การเข้าถึงบริการ	ตัวชี้วัด
1. ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability)	-ความพอเพียงของแหล่งบริการ -ความพอเพียงของชนิดบริการ -จำนวนครั้งที่ได้พบเจ้าหน้าที่
2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility)	-ความสะดวกในการเดินทาง ระยะทางใกล้-ไกล -ความเหมาะสมของเวลาในการเดินทางไปรับบริการ -ความเหมาะสมของที่ตั้งสถานบริการ
3. ความสะดวก สิ่งอำนวยความสะดวกของ แหล่งบริการ (Accommodation)	-ความสะดวกที่ได้รับเมื่อไปใช้บริการ
4. ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability)	-ค่าใช้จ่าย ความสามารถในการจ่าย
5. การยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability)	-ความพึงพอใจใน อุปกรณ์/เครื่องมือวิธีการ และผู้ให้บริการ

3.2 การเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคมของสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม

การเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคมของสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมนั้นเป็นการประเมินการเข้าถึงแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนรวมทั้งการเข้าถึงสื่อ/ช่องทางการสื่อสารที่สตรีกลุ่มนี้สามารถเข้าไปรับการสนับสนุนตามการรับรู้ของสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม โดยมีแหล่งและช่องทางต่างๆดังนี้

1. สถานศึกษา
2. โรงพยาบาลของรัฐ
3. สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน
4. คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน
5. ร้านขายยา
6. ร้านหรือบ้านหมอยา
7. องค์กร/มูลนิธิ/หน่วยงาน การกุศล
8. สื่อ/ช่องทางการสื่อสาร ได้แก่ สายด่วน (Hotline) หนังสือ/นิตยสาร รายการโทรทัศน์ รายการ

วิทยุ เว็บไซต์ (Website)

3.3 การเข้าถึงบริการของสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม

ปัญหาของการเข้าถึงการบริการสุขภาพของรัฐ ในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ มีประเด็น

ปัญหาเกี่ยวกับ 1. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาพบแพทย์ช้าเกินไป จึงยังคงต้องตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ต่อ 2. วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่ไปตรวจสุขภาพตามนัด และไม่มีใครเลยที่เข้าอบรมการเป็นแม่ จึงทำให้เกิดปัญหาระหว่างการตั้งครรภ์ และให้กำเนิดลูกโดยที่ไม่มีความรู้ไม่พอ 3. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ต้องการตั้งครรภ์ต่อ และหลายรายจบลงด้วยการทำแท้ง 4. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและผู้ปกครองมักมีปัญหาสังคมจากการตั้งครรภ์โดยไม่ได้แต่งงาน และ/หรือมักจะเป็นนักเรียนอยู่ ดังนั้นเมื่อเขาคงคลอดบุตรก็จะต้องเผชิญกับความยุ่งยากในการเลี้ยงดูบุตร 5. ปัจจุบันพบว่าจำนวนหญิงวัยรุ่นที่ต้องการเลี้ยงลูกคนเดียวแบบแม่เลี้ยงเดี่ยว (Single mother) มีจำนวนมากขึ้น นอกจากนี้ในประเด็นการตอบสนองต่อปัญหาพบว่ายังห่างไกลจากเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับสถานการณ์ แนวคิดหรือทัศนต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและการคลอดบุตรดูเหมือนยังไม่เป็นมิตรมากนัก อย่างไรก็ตามในระบบใหม่ของการดูแลแม่หลังคลอดควรมีการออกแบบให้มีระบบสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ครอบคลุมกลุ่มที่ต้องการตั้งครรภ์ต่อและเลี้ยงดูลูกเองด้วย

ปัญหาการเข้าถึงบริการหรือไม่เข้าถึงบริการในประเทศไทยมีอยู่ทั่วไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายด้าน เช่น ด้านสิ่งแวดล้อมอาจเนื่องจากระยะทางของการไปใช้บริการด้านบริการอาจเนื่องจากความไม่พร้อมทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ นโยบายที่เป็นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก การเน้นเรื่องการรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงอคติที่มีอยู่ในเรื่องการไปใช้บริการหรือกับกลุ่มประชาชนบางกลุ่มเช่น กลุ่มที่ถูกสังคม “ตราบาป” และผู้ทำแท้งหรือตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ก็ได้รับการจัดเข้าอยู่ในกลุ่มนี้ด้วย จึงไม่น่าแปลกใจเลยว่า ผู้ทำแท้งจะไม่พยายามเข้าไปใช้บริการของรัฐ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า กระบวนการในการให้ความช่วยเหลือแก่หญิงที่ตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมมีทั้งกระบวนการทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตสังคม ที่มีผลกระทบต่อสตรีกลุ่มนี้ทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับประเทศไทย กระบวนการให้ความช่วยเหลือกระจายไปทั้งในองค์กรเอกชนและรัฐแต่ปัญหาคือ รูปแบบของการให้ความช่วยเหลือตามบริบทของสังคมและแท้ที่จริงแล้วกลุ่มสตรีเหล่านั้นมีความคาดหวังกับการรับการช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มใดมากที่สุด ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมุ่งที่จะหาคำตอบนี้ เพื่อจะได้นำไปสู่การวางแผนทางในการแก้ปัญหาทั้งระดับปัจเจกบุคคล ชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

