

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โดยทั่วไปการตั้งครรภ์เป็นปรากฏการณ์ที่นำมาซึ่งความชื่นชมยินดีทั้งของสตรีผู้ตั้งครรภ์และบุคคลผู้ใกล้ชิด แต่ถ้การตั้งครรภ์นั้นเกิดขึ้นโดยไม่พึงประสงค์ อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสตรีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ทั้งนี้เพราะอาจมีการกระทำเพื่อยุติการตั้งครรภ์เกิดขึ้น แม้ว่าข้อมูลเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ไม่มีการบันทึกไว้อย่างชัดเจน เนื่องจากในบางประเทศการกระทำดังกล่าวยังเป็นความลับอยู่ภายใต้กฎหมาย ศีลธรรม และประเพณีของจริยธรรม (Fogel & Woods, 1995) แต่องค์การอนามัยโลกเคยคาดประมาณว่าในปี ค.ศ. 1995 สตรีทั่วโลกมากกว่า 20 ล้านคน มีการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์โดยการกระทำที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งเป็นเหตุให้สตรีเสียชีวิตอย่างน้อย 70,000 คนต่อปี (WHO, 1995) อย่างไรก็ตามยังไม่พบรายงานสถานการณ์แท้จริงที่เกิดขึ้น ในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่ามีสตรีที่ยุติการตั้งครรภ์โดยการกระทำที่ผิดกฎหมายเพิ่มขึ้น (Jacob as cited in Timpson, 1996) สำหรับประเทศไทยซึ่งอยู่ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา สุพร เกิดสว่าง (1993) ได้คาดประมาณจำนวนการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ว่ามีจำนวนประมาณ 200,000-300,000 รายต่อปี และสตรีที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่รับไว้รักษาในสถานบริการส่วนใหญ่มักเป็นรายที่มีภาวะแทรกซ้อน จึงไม่อาจระบุจำนวนที่แท้จริงของสตรีกลุ่มนี้ได้แน่นอน จากการสำรวจสตรีกลุ่มดังกล่าวในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลนครพิงค์ และโรงพยาบาลแม่และเด็ก จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2542 พบว่ามีสตรีที่แท้งบุตรมารับบริการทั้งหมด จำนวน 863 คน ในจำนวนนี้เป็นสตรีที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์โดยการกระทำที่ผิดกฎหมายและมีภาวะแทรกซ้อนจากการกระทำดังกล่าว จำนวนถึง 156 คน หรือร้อยละ 18.07 (ทะเบียนประวัติผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2542; ทะเบียนประวัติผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่, 2542; ทะเบียนประวัติผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลแม่และเด็กเชียงใหม่, 2542)

การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์พบได้ในกลุ่มสตรีทุกวัย ทุกอาชีพ ทั้งในสตรีที่มีสถานภาพสมรสโสด และสตรีที่แต่งงานแล้ว (ดวงกมล พึ่งประเสริฐ, 2534) ส่วนสาเหตุของการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์พบว่ามีหลายประการ เช่น ฐานะยากจน มีบุตรหลายคนจนไม่สามารถรับภาระเลี้ยงดูบุตรได้อีก การหย่าร้างหรือแยกกันอยู่กับสามี การไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ของฝ่ายชาย การประกอบอาชีพที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ และการตั้งครรภ์ขณะมีสถานภาพเป็นนักเรียนหรือนักศึกษา เป็นต้น (สุชาดา รัชชกุล, 2542) นอกจากนี้มักพบการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มสตรีวัยรุ่นเนื่องจากสตรีกลุ่มนี้ขาดความรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ และการคุมกำเนิด (สุวิชัย อินทรประเสริฐ และสุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล, 2539) จากการสำรวจสถานะสุขภาพประชากรไทยของสถาบันวิจัยสาธารณสุขปี พ.ศ. 2539-2540 เกี่ยวกับประสบการณ์การแท้งบุตรของสตรีในวัยแรงงาน พบว่าสตรีไทยเคยแท้งมาแล้วร้อยละ 19.3 สาเหตุของการแท้ง คือการแท้งเอง ร้อยละ 13.5 และการทำแท้งร้อยละ 3.6 (สถาบันวิจัยสาธารณสุข อ่างใน จันทร์เพ็ญ ชูประภาพรรณ, 2543)

ผลของการทำแท้งที่เห็นได้อย่างชัดเจนคือเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของสตรีทางด้านร่างกาย เช่น ได้รับอันตรายถึงชีวิต ตกเลือด ช็อค เยื่อบุโพรงมดลูกอักเสบ และเป็นหมัน เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ใช้บริการยุติการตั้งครรภ์โดยหมอเถื่อน หรือรับบริการจากคลินิกที่ไม่ได้มาตรฐาน (นภาพรณี หะวานนท์, 2539) และพบว่าสตรีทั่วโลกที่ได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยต้องเสียชีวิตถึงร้อยละ 40 (Timpson, 1996) เนาวรัตน์ สุนทรซ์ (2532) ได้ศึกษาสตรีที่ทำแท้งและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลฉุกเฉิน พบว่าสตรีที่มีประสบการณ์การทำแท้งผิดกฎหมายในอดีตมักมีการทำแท้งผิดกฎหมายซ้ำอีก ซึ่งผลของการทำแท้งจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตครั้งต่อไป เนื่องจากการทำแท้งในแต่ละครั้งก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะการเจริญพันธุ์ของสตรี โดยจะทำให้เกิดการอุดตันของท่อนไข่ได้ง่าย และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะมีบุตรยากตามมา มีรายงานการศึกษาพบว่าสตรีที่ทำแท้งหนึ่งครั้งจะมีโอกาสเป็นหมัน ร้อยละ 15 ถ้าทำแท้งสองครั้งจะมีโอกาสเป็นหมันร้อยละ 18 (สุวัฒน์ จันทร์จาง, 2536) จากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสตรีที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ระหว่างปี พ.ศ. 2534-2535 พบว่ามีจำนวน 203 คน ในจำนวนนี้เป็นกรกระทำที่ผิดกฎหมายและเกิดการติดเชื้อจำนวน 85 คน หรือร้อยละ 42 และยังพบภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่ ตกเลือด ช็อคจากการเสียเลือด และไตวายเฉียบพลัน โดยมีอัตราการตายของสตรีสูงถึงร้อยละ 8.2 (โกวิท คำพิทักษ์, 2542) ส่วนข้อมูลจากการศึกษาในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่ามีผู้เข้ารับการรักษาด้วยอาการตกเลือดและรกล้างจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ผิดกฎหมายในปี พ.ศ. 2536 จำนวน 566 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นสตรีกลุ่มอายุ 14-20 ปี (เรวดี คำประภา, 2538)

ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นภายหลังการกระทำเพื่อยุติการตั้งครรภ์ทันที พบว่าสตรีส่วนใหญ่จะรู้สึกโล่งใจในช่วงเวลาแรก แต่เมื่อเวลาผ่านไปบางรายจะมีการวิตกกังวล รู้สึกผิด ซึมเศร้า ท้อแท้ต่อชีวิต และแสดงออกมาเป็นความเจ็บป่วยได้ (สุชาดา รัชชกุล, 2542) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ ควงกมล พึ่งประเสริฐ (2534) ที่พบว่า สตรีที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์แม้ในระยะแรกหลังทำแท้งจะมีความรู้สึกที่สบายใจที่ได้แก้ปัญหาค่าการตั้งครรภ์แต่จะยังคงมีความรู้สึกผิด ละอายใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง แม้การมีเพศสัมพันธ์จะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องทั้งบุรุษ และสตรีก็ตามแต่บรรทัดฐานของสังคมมักคาดหวังว่าสตรีเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องการตั้งครรภ์ และถูกแรงกดดันจากสังคมให้เป็นผู้รับผิดชอบในการตั้งครรภ์แต่ผู้เดียว จึงก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสังคมต่อสตรี กล่าวคือสตรีโสดที่ตั้งครรภ์จะได้รับการตำหนิเตียน การกล่าวโทษ การประณาม ไม่ได้รับการยอมรับให้ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เช่น โอกาสการเลือกคู่สมรสจะหมดไปหากฝ่ายชายไม่ยอมรับ เป็นต้น (ประกายแก้ว ประพฤติถ้อย, 2535) ในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์อยู่ในวัยเรียนอาจถูกละทิ้งให้ออกจากโรงเรียน และทารกที่เกิดจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์อาจเป็นปัญหาสังคมในภายภาคหน้าได้ (Felton, Partson, & Hassell, 1998) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจด้วย เพราะในการกระทำเพื่อยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายจึงต้องมีการลักลอบกระทำและต้องใช้จ่ายเงินค่าบริการซึ่งถูกกำหนดโดยผู้ลงมือกระทำ จากการศึกษาของ นภาพร หะวานนท์ (2539) พบว่าอัตราการใช้จ่ายสำหรับการยุติการตั้งครรภ์อยู่ในช่วงระหว่าง 1,000-8,000 บาท ซึ่งเงินจำนวนนี้บางรายต้องกู้ยืมผู้อื่นมาสำหรับเป็นค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหากมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอีก (ควงกมล พึ่งประเสริฐ, 2534)

โดยทั่วไปสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์จะมีภาวะการเจริญพันธุ์กลับสู่สภาพเดิมภายหลังยุติการตั้งครรภ์ประมาณ 10 วัน และสามารถตั้งครรภ์อีกได้เร็วกว่าหญิงหลังคลอดทั่วไป (Cates & Ellertson, 1998) ทั้งนี้เพราะจะมีการตกไข่ในช่วง 2-4 สัปดาห์ภายหลังการตั้งครรภ์ยุติลง (ชวนชม สกนธวัฒน์, 2540) ดังนั้นการนัดตรวจสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่เหมาะสมจึงอยู่ในระยะ 1-3 สัปดาห์ภายหลังการตั้งครรภ์ยุติ เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ รวมถึงการแนะนำให้ใช้การคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้อีกหากไม่มีการคุมกำเนิด (Chez & Strathman, 1999) สำหรับสถานบริการในจังหวัดเชียงใหม่ที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้กำหนดนัดตรวจในระยะ 2 -4 สัปดาห์ภายหลังยุติการตั้งครรภ์

สตรีโดยทั่วไปจะมีความตั้งใจในการคุมกำเนิดหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่กำหนดการคุมกำเนิด ซึ่งมีหลายประการ กล่าวคือ ปัจจัยส่วนบุคคลของสตรี เช่น อายุ จำนวนบุตรที่มีชีวิต

ความรู้ในการคุมกำเนิด และความสะดวกในการใช้วิธีการคุมกำเนิด เป็นต้น (ทองอยู่ บุญยการ, 2535; มัลลิกา มัติโก, ปรีชา อุปโยคิน, พรทิพย์ อาณาประโยชน์, และกรรณิการ์ ชลลัมพี, 2540; สุวชัย อินทรประเสริฐ และวิฑูร โอสถานนท์, 2535) และจากการศึกษาเรื่องการปฏิบัติการคุมกำเนิดในสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาของ งามนิศย์ รัตนานุกุล (2528) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้การคุมกำเนิด ความรู้เกี่ยวกับบริการคุมกำเนิด ความสนใจต่อการคุมกำเนิด และทัศนคติของสามีและเพื่อนต่อการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติคุมกำเนิดของสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มสตรีที่ไม่ต้องการมีบุตรอีกจะมีความต้องการใช้การคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูงหรือมีการคุมกำเนิดชนิดถาวร ในทางตรงกันข้ามกลุ่มสตรีที่ต้องการมีบุตรอีกจะไม่ได้ต้องการคุมกำเนิด (WHO, 1994) นอกจากนี้มีปัจจัยที่กำหนดความตั้งใจในการคุมกำเนิดที่สำคัญอีก 2 ประการ คือ เจตคติต่อพฤติกรรมและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง (Ajzen & Fishbein, 1980) โดยเจตคติเป็นปัจจัยด้านบุคคล ส่วนบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเป็นปัจจัยด้านสังคม จอร์เจนเซน และชันสเทการ์ด์ (Jorgensen & Sonstegard, 1984) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการทำนายพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดในวัยรุ่นหญิง 244 คน อายุระหว่าง 13-18 ปี พบว่า หากวัยรุ่นมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดจะทำให้เกิดความตั้งใจในการคุมกำเนิดและพฤติกรรมการคุมกำเนิด และจากการศึกษาของ แซลลิส โฮเวลล์ ฮอฟสเตอร์เตอร์ และบาร์ริงตัน (Sallis, Hovell, Hofstetter, & Barrington, 1992) พบว่า การสนับสนุนจากผู้ใกล้ชิดที่มีความสำคัญ ได้แก่ สมาชิกของครอบครัว และเพื่อนสนิท มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ฆูดวอร์ด (Woodward, 1995) ได้ศึกษาปัจจัยทางด้านจิตสังคมของวัยรุ่นที่มีอิทธิพลต่อการใช้การคุมกำเนิด การมีเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ พบว่าในการพูดคุยสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องเพศและการคุมกำเนิด วัยรุ่นจะมีความไว้วางใจและเชื่อถือเพื่อนสนิทมากที่สุดถึง ร้อยละ 52 รองลงมาเป็นเพื่อนชาย ร้อยละ 47 มารดา ร้อยละ 27 และผู้เชี่ยวชาญ ร้อยละ 18 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาขององค์การอนามัยโลกในประเทศตุรกี ฟิลิปปินส์ อินเดีย และเกาหลี ที่พบว่าเพื่อนมีอิทธิพลต่อการคุมกำเนิดถึง ร้อยละ 91 ร้อยละ 68 ร้อยละ 67 และร้อยละ 54 ตามลำดับ (WHO, 1994) นอกจากนี้ แอดเลอร์ คิจิลิส เออร์วิน และวิบเบิลส์แมน (Adler, Kegeles, Irwin, & Wibleman, 1990) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิดและกระบวนการตัดสินใจของวัยรุ่น พบว่า แพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกมีความสำคัญต่อความเชื่อและความตั้งใจในการคุมกำเนิดของสตรีด้วย

เอจเซนและฟิชบายน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) ได้นำเสนอทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ซึ่งเป็นทฤษฎีหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยกล่าวว่า ความตั้งใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือตัวกำหนดพื้นฐาน 2 ประการ คือ เจตคติต่อ

พฤติกรรม (attitude toward the behavior) ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ถูกกำหนดจากความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรมและการประเมินคุณค่าตามความเชื่อของการกระทำพฤติกรรมนั้น และบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง (subjective norm) ซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคมที่เกิดจากความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำพฤติกรรม และแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงในการกระทำพฤติกรรม กล่าวคือบุคคลจะตั้งใจกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งก็ต่อเมื่อได้ประเมินแล้วว่าพฤติกรรมนั้นมีผลทางบวก และกลุ่มผู้ใกล้ชิดที่มีความสำคัญเห็นว่าบุคคลควรจะกระทำพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลประเมินแล้วว่าพฤติกรรมนั้นมีผลทางลบ และกลุ่มผู้ใกล้ชิดที่มีความสำคัญไม่เห็นด้วยที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมดังกล่าว บุคคลก็จะหลีกเลี่ยงการกระทำนั้น ในต่างประเทศได้มีผู้นำทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลมาใช้ในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพมากมาย เช่น การใช้ถุงยางอนามัย (Fisher, 1984) และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Proffitt & Smart, 1983) เป็นต้น ส่วนในประเทศไทยมีผู้นำทฤษฎีนี้มาศึกษาเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากรายงานการศึกษากฎการทางเพศและปัจจัยที่กำหนดความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กรุ่นชายจำนวน 1,108 คน โดย ศรีสุดา โภคา (2541) พบว่า เจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยได้ร้อยละ 28 แต่การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจต่อการใช้การคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ยังไม่พบรายงานการศึกษา

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลมาใช้ศึกษาอำนาจการทำนายของเจตคติและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการทำนายความตั้งใจในการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งผลการศึกษานี้จะสามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจในการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของเจตคติและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการทำนายความตั้งใจในการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

สมมติฐานการวิจัย

เจตคติและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจในการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และหาอำนาจการทำนายของเจตคติและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการทำนายความตั้งใจในการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยศึกษาในสตรีที่มารับบริการตรวจตามนัดภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 2-4 สัปดาห์ ที่หน่วยนรีเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคามร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2544 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2544

นิยามศัพท์

การยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำที่ทารกในครรภ์คลอดออกมาโดยปราศจากชีวิตซึ่งไม่ใช่เหตุผลเพื่อการรักษา

เจตคติต่อการคุมกำเนิด หมายถึง ความคิดเห็นของสตรีที่มีต่อการคุมกำเนิดว่าเป็นไปในทางบวกหรือทางลบ โดยเจตคติต่อการคุมกำเนิดเป็นผลมาจากความเชื่อเกี่ยวกับผลของการคุมกำเนิด และการประเมินคุณค่าตามความเชื่อของการคุมกำเนิด ประเมินโดยใช้แบบวัดเจตคติในการคุมกำเนิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของเอจเซนและฟิชบัยน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) รวมทั้งเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการคุมกำเนิด หมายถึง ความคิดเห็นของสตรีที่มีต่อความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญต่อตน ได้แก่ คู่รักหรือสามี เพื่อนสนิท มารดา แพทย์ และพยาบาล ว่าบุคคลเหล่านี้คาดหวังว่าสตรีควรหรือไม่ควรคุมกำเนิด บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการ

คุมกำเนิดเป็นผลมาจากความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงในการคุมกำเนิด และแรงจูงใจที่สตรีจะปฏิบัติตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงในการคุมกำเนิด ประเมินโดยใช้แบบวัดบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการคุมกำเนิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของเอเจนและฟิชบายน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) รวมทั้งเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความตั้งใจในการคุมกำเนิด หมายถึง การแสดงเจตนาของสตรีภายหลังพฤติกรรมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 2-4 สัปดาห์ ที่จะใช้วิธีการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในอนาคต ไม่ว่าจะเป็นวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์แบบชั่วคราวหรือแบบถาวร ประเมินโดยใช้แบบวัดความตั้งใจในการคุมกำเนิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของเอเจนและฟิชบายน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) รวมทั้งเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง