

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงและความตั้งใจในการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. การยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
2. การคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
3. ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล
4. เจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงและความตั้งใจในการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

การยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เป็นปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นกับสตรี องค์การอนามัยโลกได้เคยคาดประมาณว่าในปี ค.ศ. 1995 สตรีทั่วโลกมากกว่า 20 ล้านคน มีการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์โดยการกระทำที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งเป็นเหตุให้สตรีเสียชีวิตอย่างน้อย 70,000 คนต่อปี ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาการกระทำเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปรากฏขึ้นในสังคมอย่างชัดเจน (WHO, 1995) โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่ามีแนวโน้มที่สตรีจะยุติการตั้งครรภ์โดยการกระทำที่ผิดกฎหมายเพิ่มขึ้น (Jacob as in Timpson, 1996) นอกจากนี้มีรายงานการศึกษาในประเทศอัลบาเนีย พบว่ามีอัตราการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ถึง 30 คน ต่อสตรีวัยเจริญพันธุ์ 1,000 คน และในประเทศสหภาพโซเวียตมีอัตราการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ถึง 105 คน ต่อสตรีวัยเจริญพันธุ์ 1,000 คน (Dolian, Ludicke, Katchtrian, & Morabia, 1998) สำหรับประเทศไทย สุพร เกิดสว่าง (1993) ได้คาดประมาณจำนวนการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ว่ามีจำนวนประมาณ 200,000-300,000 รายต่อปี มีรายงานการศึกษาพบว่าการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์พบมากในกลุ่มวัยรุ่น วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความอยากรู้อยากเห็นมีการเรียนรู้และแสวงหาประสบการณ์ที่ไม่ถูกต้องตามสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจึงทำให้เกิดปัญหาสังคม

ตามมา เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การทำแท้ง เป็นต้น (รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์, 2541)

การยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรี พบว่ามีสาเหตุหลายประการ เช่น ฐานะยากจน การมีบุตรหลายคนไม่สามารถรับภาระเลี้ยงดูบุตรได้อีก การหย่าร้างหรือแยกกันอยู่กับสามี การไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ของฝ่ายชาย การมีอาชีพที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ การตั้งครรภ์ขณะมีสถานภาพเป็นนักเรียนนักศึกษา เป็นต้น (สุชาดา รัชชกุล, 2542) ข้อมูลจากโครงการสำรวจประชากรและสุขภาพเกี่ยวกับสาเหตุที่กลุ่มสตรีไทยที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในระหว่างปี ค.ศ. 1983-1984 จำนวน 75 คน พบว่า ร้อยละ 16.1 ยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากต้องการเลื่อนระยะการมีบุตร ร้อยละ 36.3 มีบุตรอยู่แล้วและไม่ต้องการบุตรอีก ร้อยละ 15.5 ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้ ร้อยละ 8.5 บุตรเป็นอุปสรรคในการทำงานหรือการศึกษา ร้อยละ 3.3 มีปัญหาทางด้านสัมพันธภาพกับฝ่ายชายหรือคู่ครอง ร้อยละ 2.7 บิดามารดาอายุน้อย ร้อยละ 5.1 การตั้งครรภ์นั้นทำให้มารดาเสี่ยงต่อปัญหาทางด้านสุขภาพ และที่เหลือร้อยละ 1.7 เป็นปัญหาอื่นๆ (Bankole, Singh, & Hass, 1998) สาเหตุการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ข้างต้นก่อให้เกิดความกดดันแก่สตรีเป็นอย่างมากจึงทำให้สตรีตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ ทั้งที่ทราบดีว่าการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์นั้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อสตรีมากมาย ทั้งทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ ทางด้านสังคม และทางด้านเศรษฐกิจ

ผลกระทบจากการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

การยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ส่งผลกระทบต่อสตรีทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

การลักลอบยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์โดยการกระทำที่ผิดกฎหมายส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของสตรีโดยตรง พบว่ามีสตรีทั่วโลกที่ได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยที่ต้องเสียชีวิตประมาณร้อยละ 40 (Timpson, 1996) ในอเมริกามีการยุติการตั้งครรภ์ที่ผิดกฎหมายถึง 500,000 รายต่อปี สตรีจำนวนไม่น้อยที่ได้รับปัญหาจากการยุติการตั้งครรภ์นี้ (Fadiman, Seltzen, & Myers, 1997) สถิติของการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์โดยการกระทำที่ผิดกฎหมายสูงขึ้นมากในระยะหลัง อัตราการตายของมารดาจากการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่ผิดกฎหมายจนเกิดการติดเชื้อก็สูงกว่าการตายจากสาเหตุอื่น เนื่องจากในสังคมไทยกฎหมายไม่อนุญาตให้ทำแท้งได้โดยเสรี ผู้กระทำการยุติการตั้งครรภ์โดยผิดกฎหมายจึงมักจะไม่ใช้แพทย์ ดังนั้นภาวะแทรกซ้อนจากการทำให้ยุติการตั้งครรภ์จึงยังคงพบได้มาก (อัมพัน

เฉลิมโชคเจริญกิจ และมงคล เบญจาทิบาล, 2543) แม้ว่าในปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์จะได้รับการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีเป็นอย่างมากเท่าใดก็ตามอันตรายที่เกิดขึ้นกับสตรีที่ยุติการตั้งครรภ์ในระดับต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการตกเลือด การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน สูญเสียอวัยวะ จนอาจต้องตัดมดลูก รวมไปถึงการเสียชีวิตยังปรากฏให้เห็นอยู่เนืองๆ (นภาพร หะวานนท์, 2539) การยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์อาจทำให้เกิดอันตรายซึ่งจะมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ยุติการตั้งครรภ์ ผู้กระทำการยุติการตั้งครรภ์ วิธีการยุติการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์ขณะที่ยุติการตั้งครรภ์ ผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจดีกว่าจะมีโอกาสเลือกใช้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยได้มากกว่า (นภาพร หะวานนท์, 2542) สำหรับในประเทศไทยจากการรวบรวมข้อมูลของสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และยุติการตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลสตรีนครินทร์ระหว่างปี พ.ศ. 2534-2535 พบว่า มีจำนวน 203 คน ในจำนวนนี้เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายและเกิดการติดเชื้อจำนวน 85 คน หรือร้อยละ 42 นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ การตกเลือด ช็อคจากการเสียเลือด และไตวายเฉียบพลัน โดยมีอัตราการตายของสตรีสูงถึงร้อยละ 8.2 (โกวิท คำพิทักษ์, 2542) และ เนาวรัตน์ สุนทรซ์ (2532) ได้ศึกษาสตรีที่ทำแท้งและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลฉุกเฉิน พบว่าสตรีที่มีประสบการณ์การทำแท้งผิดกฎหมายในอดีตมักมีการทำแท้งผิดกฎหมายซ้ำอีก ซึ่งผลของการทำแท้งจะส่งผลกระทบต่อการใช้การตั้งครรภ์ครั้งต่อไป เนื่องจากการทำแท้งในแต่ละครั้งก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะการเจริญพันธุ์ของสตรี โดยจะทำให้เกิดการอุดตันของท่อนไข่ได้ง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้เกิดภาวะมีบุตรยากตามมา มีรายงานการศึกษาพบว่าสตรีที่ทำแท้ง 1 ครั้ง จะมีโอกาสเป็นหมันร้อยละ 15 ถ้าทำแท้งสองครั้งก็มีโอกาสเป็นหมันถึงร้อยละ 18 (สุวัฒน์ จันทระจาง, 2536)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ

การยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์โดยการทำแท้งเป็นประสบการณ์ที่สตรีต้องเก็บซ่อนเป็นความลับ ไม่สามารถแบ่งปันความเจ็บปวดให้คนใกล้ชิดร่วมรับรู้ การจัดการกับความสูญเสียทางจิตใจที่เกิดจากการยุติการตั้งครรภ์จึงมักไม่สามารถดำเนินไปด้วยดี และมีผลต่อความสามารถในการปรับตัวในอนาคต (เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, 2538) สตรีบางคนอาจจะมีความรู้สึกเศร้า สูญเสีย อาจมีความรู้สึกขัดแย้งระหว่างคุณธรรม ศีลธรรม กับการยุติการตั้งครรภ์ กลัวว่าจะเป็นบาป กลัวว่าจะได้รับอันตรายจากการยุติการตั้งครรภ์ กลัวว่าจะถูกจับกุมเนื่องจากทำผิดกฎหมาย กลัวสังคมจะรู้ว่ายุติการตั้งครรภ์ ซึ่งทำให้ได้รับการดำเนินคดีอย่างรุนแรงจากสังคม (นภาพร หะวานนท์, 2539) จากการศึกษาของ ดวงกมล พึ่งประเสริฐ (2534) พบว่า สตรีที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์แม้ในระยะแรกหลังทำแท้งจะมีความรู้สึกที่สบายใจที่ได้แก้ปัญหาการตั้งครรภ์แต่ก็วยังคงมีความรู้สึกผิด ละอาย ไม่เป็นสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง และมีความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมักเกิดจากความกลัวต่อกรรมวิธีการทำแท้งที่ผ่านมา กลัวความลับถูกเปิดเผย ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ สุชาดา รัชชกุล (2542) พบว่าสตรีส่วนใหญ่จะรู้สึกโล่งใจในช่วงเวลาแรก แต่เมื่อเวลาผ่านไปบางรายจะมีอาการวิตกกังวล รู้สึกผิด ซึมเศร้า ท้อแท้ต่อชีวิต และแสดงออกมาเป็นความเจ็บป่วยได้

3. ผลกระทบทางด้านสังคม

การยุติการตั้งครรภ์ไม่เพียงประสงค์อาจมีผลต่อความเชื่อทางศาสนา เช่น ศาสนาพุทธมีความเชื่อว่าการทำลายชีวิตเป็นบาป เป็นต้น (อัมพัน เกลิมโชคเจริญกิจ และมงคล เบญจาทิบาล, 2543) นอกจากนี้บรรทัดฐานของสังคมยังคาดหวังให้สตรีเป็นผู้รับผิดชอบการตั้งครรภ์แม้ว่าการมีเพศสัมพันธ์จะเป็นเรื่องของทั้งสองฝ่าย สตรีมักจะถูกแรงกดดันจากสังคมให้เป็นผู้รับผิดชอบในการตั้งครรภ์แต่ผู้เดียว สตรีโสดที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์จะได้รับการดำเนินคดีเตียน การกล่าวโทษ การประณาม การไม่ยอมรับให้ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เช่น โอกาสการเลือกคู่สมรสจะหมดไปหากฝ่ายชายไม่ยอมรับ เป็นต้น (ประกายแก้ว ประพุดดิ้อย, 2535) ในกรณีที่สตรียังอยู่ในวัยเรียนอาจถูกล่วงโทษให้ออกจากโรงเรียน และเด็กที่เกิดจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์อาจเป็นปัญหาทางสังคมในภายภาคหน้าได้ (Felton, Partson, & Hassell, 1998)

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

นภาพรณ หะวานนท์ (2539) ศึกษาพบว่า อัตราค่าใช้จ่ายสำหรับการกระทำเมื่อยุติการตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 1,000-8,000 บาทต่อครั้ง ซึ่งเงินจำนวนนี้บางรายต้องกู้ยืมจากผู้อื่นมาใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหากมีภาวะแทรกซ้อนต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล จะทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ และมีการค่าใช้จ่ายมากขึ้น (ดวงกมล พึ่งประเสริฐ, 2534)

ดังนั้นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์จึงเป็นปัญหาสำคัญของสังคมซึ่งมิใช่เป็นเพียงปัญหาสุขภาพที่บุคลากรในทีมสุขภาพเท่านั้นที่จะต้องรับผิดชอบ แต่นักเศรษฐศาสตร์ นักการศาสนา นักกฎหมาย นักสังคมสงเคราะห์ นักการเมือง สื่อมวลชน และอื่นๆ ล้วนมีส่วนเกี่ยวข้องที่ต้องรับผิดชอบร่วมกัน (สุพร เกิดสว่าง, 2523) โดยเป็นการร่วมมือทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม ในการช่วยแสวงหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว

การคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

การคุมกำเนิดเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยป้องกันการเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และสตรีที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มีพฤติกรรมในการคุมกำเนิดแตกต่างจากสตรีที่ยุติการตั้งครรภ์ด้วยสาเหตุอื่น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ กันยารักษ์ เญยเจริญ (2541) ที่พบว่า ในมารดาที่สูญเสียบุตรจากการแท้งเองจะมีความต้องการที่จะตั้งครรภ์ใหม่ทันทีโดยไม่ต้องการคุมกำเนิด แต่ในสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์พบว่าจะมีความตั้งใจที่จะคุมกำเนิดเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์อีกในอนาคต (สนิท มาประจวบ, 2538) ในสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ควรแนะนำให้มีการเริ่มใช้การคุมกำเนิดในสัปดาห์ที่ 2 หลังยุติการตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะเป็นยาเม็ดคุมกำเนิดหรือยาฉีดคุมกำเนิดก็ตาม อาจเริ่มใช้การคุมกำเนิดภายหลังยุติการตั้งครรภ์ 2-3 สัปดาห์ (ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุรณ์, และอภิชาติ โอพารัตนชัย, 2539) ขวณชม สกนธวัฒน์ (2540) ได้เสนอแนะว่าควรมีการใช้การคุมกำเนิดไม่ว่าจะเป็นยาเม็ดคุมกำเนิดหรือยาฉีดคุมกำเนิดประมาณสัปดาห์ที่ 2-3 ภายหลังยุติการตั้งครรภ์ เพราะมักจะมีการตกไข่ทันทีในช่วง 2-4 สัปดาห์หลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์ เช่นเดียวกับ ดำรง เจริญประยูร (2533) กล่าวว่า ภายหลังยุติการตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ จะมีการตกไข่ทันทีในรอบ 1 เดือนต่อไป จึงควรแนะนำให้เริ่มรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด หรือยาฝังคุมกำเนิดภายหลังยุติการตั้งครรภ์ 2-3 สัปดาห์ ประกอบกับสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์จะมีภาวะการเจริญพันธุ์กลับสู่สภาพเดิมสามารถตั้งครรภ์อีกได้เร็ว คือ ภายหลังยุติการตั้งครรภ์ประมาณ 10 วัน ดังนั้นภายหลังยุติการตั้งครรภ์จึงมีการนัดตรวจเร็วกว่าหลังคลอดทั่วไป คือประมาณ 2-4 สัปดาห์ จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ควรให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแก่สตรีในกลุ่มนี้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคตต่อไป (Cates, & Ellertson, 1998) คล้ายคลึงกับการศึกษาของ เชสส์และ สัทพ์แมน (Chez & Strathman, 1999) การนัดตรวจสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์จะอยู่ในระยะ 1-3 สัปดาห์ภายหลังการตั้งครรภ์ยุติ เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ รวมถึงการแนะนำให้ใช้การคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้อีกหากไม่มีการคุมกำเนิด

การคุมกำเนิด

การคุมกำเนิด หมายถึง การป้องกันการตั้งครรภ์หรือควบคุมการเกิด ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่ (ัญญลักษณ์ ศิริชนะ, 2543; ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์, และอภิชาติ โอพารัตนชัย, 2539; พัฒน์ สุจำนงค์, 2541)

1.การคุมกำเนิดแบบชั่วคราว เมื่อเลิกใช้จะกลับมีบุตรได้อีก เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ห่วงอนามัย และถุงยางอนามัย เป็นต้น

2.การคุมกำเนิดแบบถาวร ซึ่งได้แก่ การทำหมันหญิง และการทำหมันชาย วิธีนี้ คู่สมรสไม่สามารถจะมีบุตรได้อีก ใช้กับผู้ที่มีบุตรพร้อมกับความต้องการ

วิธีคุมกำเนิดมีดังต่อไปนี้ (ัญญลักษณ์ ศิริชนะ, 2543; ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์, และอภิชาติ โอพารัตนชัย, 2539; พัฒน์ สุจำนงค์, 2541; ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล, 2538)

1.งดเว้นร่วมประเวณี (abstinence) เป็นวิธีการคุมกำเนิดโดยงดเว้นการมี สัมพันธ์ แต่ในทางปฏิบัติมักจะล้มเหลว (practical failure)

2.การหลั่งน้ำเชื้อภายนอก (coitus interruptus) เป็นวิธีการคุมกำเนิดโดยการดึงอวัยวะ เพศชายออกจากช่องคลอดก่อนจะมีการหลั่งน้ำเชื้อ วิธีนี้เป็นวิธีที่พร้อมจะใช้ได้เสมอ ไม่ต้องใช้ เครื่องมือหรือเสียเงิน ข้อเสียของวิธีนี้คือต้องใช้ความพยายามอย่างสูงในการควบคุมตนเองของ ฝ่ายชาย ซึ่งบางคนไม่สามารถจะควบคุมได้ อัตราการตั้งครรภ์สูง เหตุผลที่ล้มเหลวเพราะว่ามีน้ำเชื้อ หยดออกมาก่อนหรือดึงอวัยวะเพศออกจากช่องคลอดช้าเกินไป

3.การควบคุมตนเองไม่ให้หลั่งน้ำเชื้อ (coitus reservatus) เป็นวิธีการคุมกำเนิดโดยการ ที่ฝ่ายชายควบคุมตนเองขณะร่วมเพศมิให้มีการหลั่งน้ำเชื้อเลย เมื่อความรู้สึกใกล้ถึงจุดสุดยอดจึง บังคับตนเองให้ความรู้สึกค่อยๆ ลดลงจนหมดไป

4.การสวนหรือล้างช่องคลอดภายหลังการร่วมเพศ (postcoital douche) เป็นวิธีการ คุมกำเนิดโดยการชำระล้างน้ำเชื้อในช่องคลอดด้วยน้ำเปล่า น้ำส้ม หรือน้ำยาอื่นๆ แต่เนื่องจากอสุจิ สามารถผ่านเมือกปากมดลูกได้ภายใน 90 วินาทีหลังจากการหลั่งน้ำเชื้อจึงไม่ค่อยเป็นที่นิยม ข้อเสีย อีกประการหนึ่ง คือการชำระล้างช่องคลอดบ่อยๆ ด้วยน้ำยาที่มีฤทธิ์แรงอาจทำลายเชื้อโรคที่มีใน ช่องคลอดได้ วิธีนี้ใช้น้อย มักใช้ในกลุ่มคนยากจนหรือกลุ่มคนที่มีการศึกษาดำหรือในโสเภณี

5.การยืดระยะเวลาการให้นมบุตร (prolonged lactation) เป็นวิธีการคุมกำเนิดโดยการ ให้นมบุตรสามารถทำให้มีประจำเดือนช้าลงแต่ไข่จะสุกเมื่อใดก็ได้ อาจเกิดก่อนการมีประจำเดือน ครั้งแรกหรืออาจเกิดระหว่างที่ยังไม่มีประจำเดือน ข้อเสียคือ ถ้าให้นมบุตรได้รับนมมารดานานเกินไป จนพินน้ำนมขึ้น จะมีอันตรายต่อหัวนมและเต้านมได้ ส่วนเด็กอาจเป็นโรคขาดอาหารถ้าไม่ได้รับ

อาหารเสริมที่ถูกต้องและเพียงพอ สตรีที่ให้นมบุตรจะมีโอกาสการตั้งครรภ์ช้ากว่าสตรีที่ไม่ได้ให้นมบุตรประมาณ 5-6 เดือน อย่างไรก็ตามในแหล่งที่ไม่มีบริการคุมกำเนิดการให้นมยังใช้เพื่อเว้นระยะการมีบุตรได้ในระยะแรกหลังคลอด

6. การนับระยะปลอดภัย (rhythm method) เป็นวิธีการคุมกำเนิดโดยร่วมเพศในระยะไข่ตก ได้แก่

6.1 การบันทึกประจำเดือน (calender method) มีหลักปฏิบัติคือ ผู้ใช้จะต้องบันทึกประวัติประจำเดือนทุกเดือนไว้ล่วงหน้า 12 เดือน โดยนับวันแรกของประจำเดือนเป็นวันที่ 1 และนับเรื่อยไปจนถึงวันสุดท้ายก่อนมีประจำเดือนครั้งต่อไป หาระยะรอบประจำเดือนที่สั้นที่สุดและยาวที่สุดจาก 12 เดือนที่ผ่านมา และนำมาคำนวณระยะไม่ปลอดภัย (unsafe period)

6.2 การบันทึกอุณหภูมิ (temperature rhythm) ก่อนจะมีไข่ตก (ovulation) อุณหภูมิของร่างกายจะลดลงเล็กน้อย และหลังจากไข่ตกแล้ว 24 ชั่วโมง อุณหภูมิจะสูงขึ้นเล็กน้อย การวัดอุณหภูมิของร่างกายควรวัดทันทีเมื่อตื่นนอนตอนเช้าและบันทึกไว้ทุกวัน ในกรณีที่มียารมณั้เครียดและมีการติดเชื้อจะทำให้อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้นได้ การร่วมเพศทำได้เมื่อผ่านระยะไข่ตกแล้วเท่านั้น ผู้ที่ปฏิบัติได้สม่ำเสมอจะมีอัตราความล้มเหลวโดยเกิดการตั้งครรภ์ 15 ครั้งต่อสตรี 100 คนต่อปี สำหรับผู้ที่ใช้แต่ไม่สม่ำเสมอจะพบ 25-40 ครั้งต่อสตรี 100 คนต่อปี และในรายที่มีความสัมพันธ์ทางเพศไม่บ่อยนักอาจแนะนำให้ใช้วิธีนับระยะปลอดภัยได้ถ้ามีรอบประจำเดือนสม่ำเสมอ 28-30 วัน มีอาการแสดงออกที่ชัดเจนก่อนมีประจำเดือน และมีประจำเดือนครั้งละไม่เกิน 4-5 วัน โดยคำนวณระยะปลอดภัยได้ใน 2-3 วันแรกหลังจากมีประจำเดือนและ 3-4 วันขณะที่มีประจำเดือน

7. การใช้ยาฆ่าอสุจิ (spermicides) เป็นวิธีการคุมกำเนิดโดยใช้ยาฆ่าอสุจิใส่ในช่องคลอด มีส่วนประกอบของยาที่ยับยั้งการเคลื่อนตัวของอสุจิและยาทำลายอสุจิ ยาจะกระจายและเคลือบผนังช่องคลอดรวมทั้งปากมดลูกด้วย มักจะนิยมนำมาใช้ร่วมกับการคุมกำเนิดโดยสิ่งกีดขวาง หรือใช้เพียงอย่างเดียวในหลายลักษณะดังนี้ คือ ยาเม็ดฟองฟู ครีม เจลลี่ ฟองอัดในขวด ยาเหน็บช่องคลอด และแผ่นฟิล์มละลาย

ข้อดีของยาฆ่าอสุจิ คือ ปลอดภัย ภาวะแทรกซ้อนน้อย ใช้ง่ายไม่มีผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ ราคาไม่แพง ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่น เช่น หมวกครอบปากมดลูก และการนับระยะปลอดภัย เป็นต้น

ข้อเสียของยาฆ่าอสุจิ คือ ประสิทธิภาพด้อยกว่ายาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด และห่วงอนามัย อาจจะไม่สะดวกสำหรับบางคน การยอมรับไม่ดีพอ เพราะต้องใส่ยาในเวลาที่จำกัด และเกี่ยวข้องกับอวัยวะเพศ ยาบางชนิดนำติดตัวลำบากเพราะบรรจุในหลอดหรือขวดขนาดใหญ่ และยาบางชนิดอาจถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดและไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพ

8. ฟองน้ำคุมกำเนิด (contraceptive sponge) เป็นวิธีการคุมกำเนิดโดยการนำฟองน้ำหรือก้อนสำลีชุบน้ำยาฆ่าเชื้อสอดเข้าไปในช่องคลอดก่อนมีเพศสัมพันธ์ให้ลึกที่สุด ซึ่งจะมีผลคุมกำเนิดได้ทันที ควรทิ้งช่วงอย่างน้อย 6 ชั่วโมง หลังมีเพศสัมพันธ์จึงค่อยเอาออก อาจสอดไว้ได้นานถึง 30 ชั่วโมง เมื่อใช้แล้วควรล้างฟองน้ำให้สะอาด ตากแดดให้แห้งและเก็บไว้ใช้ได้อีก

ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดวิธีนี้โดยทั่วไปดีกว่าชนิดฟองฟู เจลลี่ ยาเม็ด แต่ด้อยกว่าหมวกยางครอบปากมดลูกและถุงยางอนามัย ฟองน้ำคุมกำเนิดไม่เหมาะกับสตรีที่มีการเปลี่ยนแปลงของช่องคลอดผิดปกติไปจากปกติ ซึ่งทำให้การสอดใส่ลำบาก และพบว่าในรายที่มีบุตรแล้วจะมีความล้มเหลวเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า

ข้อดีของฟองน้ำคุมกำเนิดคือ นอกจากคู่อสุจิมาทำลายได้แล้วยังเป็นสิ่งกีดขวางอีกด้วย ใช้ง่ายไม่ทำให้มีการหล่อลื่นมากเกินไป ไม่มียาไหลเปื้อนสู่ภายนอกป้องกันได้ถึง 24 ชั่วโมง โดยไม่คำนึงถึงความเสี่ยงของการร่วมเพศ

ข้อเสียของฟองน้ำคุมกำเนิดคือ ยาบางชนิดการใส่และการเอาออกลำบาก ใส่เวลานานไปอาจมีกลิ่นบางคนรู้สึกคันเกียจ นอกจากนั้นการใส่การถอดและการล้างอาจทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น มีการแพ้ ช่องคลอดแห้ง เจ็บและคัน เป็นต้น

9. การใช้หมวกยางครอบปากมดลูก (vaginal diaphragm) เป็นวิธีการคุมกำเนิดโดยการป้องกันไม่ให้เชื้อสุมเข้าไปในโพรงมดลูก เจลลี่หรือครีมจะทำหน้าที่ทำลายหรือทำให้เชื้อสุมหยุดการเคลื่อนไหว และช่วยหล่อลื่นหมวกยางครอบเพื่อให้สอดเข้าไปได้ง่าย เป็นวิธีที่ดีและปลอดภัยวิธีหนึ่ง หมวกยางครอบปากมดลูกนี้จะต้องพอดีกับช่องคลอด ดังนั้นก่อนใช้จึงต้องผ่านการตรวจภายในโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการฝึกหัด การที่จะต้องใช้ก่อนเข้านอนเป็นประจำหรือก่อนมีการร่วมเพศทำให้ต้องใช้ความพยายามมาก และมักจะถูกกลืนได้ง่าย ในสตรีบางรายไม่ยอมใช้วิธีนี้เพราะจะต้องสอดใส่หมวกยางเข้าไปในอวัยวะเพศของตนเอง

อาการแทรกซ้อนของหมวกยางครอบปากมดลูก พบน้อยมาก มักเกิดจากการแพ้ยาฆ่าเชื้อสุม ผลในการป้องกันจะมีทันทีภายหลังใส่แต่หลังร่วมเพศแล้วจะเอาหมวกยางครอบปากมดลูกออกทันทีไม่ได้ ต้องทิ้งไว้อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง และห้ามใส่นานเกิน 24 ชั่วโมง

10. ถุงยางอนามัย (condom) เป็นวิธีการคุมกำเนิดโดยการป้องกันเชื้อสุมผ่านเข้าไปในมดลูก รวมทั้งป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ด้วย ข้อเสียคือ เวลาร่วมเพศมักจะถูกขัดจังหวะหรือทำให้เกิดการระงับขณะใส่ถุงยางอนามัย บางรายเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อความรู้สึก บางรายไม่นิยมใช้กับภรรยาของตน เพราะคิดว่าวิธีนี้ควรใช้กับหญิงอาชีพพิเศษมากกว่า

11. ถุงยางอนามัยสตรี (female condom หรือ vaginal pouch) เป็นวิธีการคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัยที่ประยุกต์ใช้กับสตรีแต่ยังไม่เป็นที่นิยมแพร่หลายนัก มีลักษณะเป็นถุงยาง

ปลายด้านหนึ่งและปลายเปิดด้านหนึ่ง ใช้สอดเข้าไปในช่องคลอดก่อนมีการร่วมเพศ มีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดได้ดี และมีข้อดีคือสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บางอย่างได้ด้วย

12. ยาคุมกำเนิดชนิดฝังใต้ผิวหนัง (contraceptive implantation) เป็นวิธีการคุมกำเนิดค่อนข้างใหม่ อาศัยหลักการคุมกำเนิดเช่นเดียวกับยาฉีดคุมกำเนิด โดยการฝังหลอดไซลาสติคที่บรรจุฮอร์โมนไว้ใต้ผิวหนัง ฮอร์โมนจะค่อยๆ ซึมออกสู่กระแสเลือด และออกฤทธิ์ป้องกันการตั้งครรภ์

ชนิดของยาฝังคุมกำเนิด

1. ชนิดไม่สลายตัว (non-biodegradable) หลอดสำหรับใส่ฮอร์โมนทำด้วยไซลาสติค ฮอร์โมนสามารถซึมกระจายออกมาในอัตราคงที่ ฮอร์โมนที่ใช้บ่อยที่สุดคือ ลีโวโนเจสเทิล (levonorgestrel) หรือที่รู้จักกันดีคือ นอร์แพลน (norplant) บรรจุฮอร์โมนขนาด 36 มก. ในหลอดโพลีไดเมทิลซิลอกเซน (polydimethyl siloxane) ยาว 33 มม. เส้นผ่าศูนย์กลาง 2.4 มม. มีทั้งหมด 6 หลอด ปริมาณฮอร์โมนโดยรวมเท่ากับ 216 ไมโครกรัม. ฮอร์โมนจะกระจายสู่กระแสเลือดวันละ 30 มก. เมื่อฝังใต้ผิวหนังจะสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้นาน 5-7 ปี

2. ชนิดสลายตัว (biodegradable) หลอดสำหรับใส่ฮอร์โมนมีคุณสมบัติพิเศษ คือ ขณะที่ฮอร์โมนซึมกระจายออกมาในอัตราคงที่นั้น หลอดจะถูกเอนไซม์ย่อยให้ค่อยๆ สลายตัวไป เช่น แคปโรนอร์ (capronor) เป็นต้น ซึ่งภายในบรรจุ นอร์เจสเทิล (norgestrel) กระจายออกมาวันละ 50 ไมโครกรัม และป้องกันการตั้งครรภ์ได้นาน 1 ปี เวลาที่ควรฝังยาคุมกำเนิดชนิดนี้คือ ภายใน 5 วันของการมีประจำเดือน เพื่อให้แน่ใจว่าไม่ได้ตั้งครรภ์ ถ้าเป็นระยะหลังคลอดหรือแท้งบุตรและยังไม่มีประจำเดือนต้องตรวจให้แน่ใจว่าไม่ได้อยู่ในระยะตั้งครรภ์

กลไกการออกฤทธิ์ป้องกันการตั้งครรภ์ ลีโวโนเจสเทิล (levonorgestrel) ที่กระจายสู่กระแสเลือดจะทำหน้าที่ป้องกันการตั้งครรภ์ โดยมีกลไกการออกฤทธิ์เช่นเดียวกับยาฉีดคุมกำเนิด ชนิด DMPA แต่ระดับฮอร์โมนที่ปล่อยออกมาสม่ำเสมอและต่อเนื่อง คือ ยับยั้งการตกไข่ แต่อาจมีไข่ตกได้ถึง 1 ใน 3 ของผู้ใช้ นอกจากนี้ยังเปลี่ยนแปลงเยื่อโพรงมดลูกให้ฝ่อและไม่เหมาะสมสำหรับการฝังตัว รวมทั้งเปลี่ยนแปลงมูกบริเวณปากมดลูกให้ไม่เหมาะสำหรับการเคลื่อนผ่านของอสุจิ

อาการข้างเคียงของยาคุมกำเนิดชนิดฝังใต้ผิวหนัง

1. ความผิดปกติของประจำเดือน อาการนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ต้องเลิกใช้ ได้แก่ ขาดประจำเดือน เลือดออกกะปริบกะปรอย และประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งอาจพบได้มากถึงร้อยละ 80 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีแรกที่ใช้

2. ปฏิบัติเฉพาะสำหรับผู้ที่ใช้บางรายอาจมีอาการคันเล็กน้อยถึงปานกลาง บริเวณที่ฝัง หรืออาจมีอาการปวด ซึ่งมักจะเกิดขึ้นระหว่าง 1-4 สัปดาห์ภายหลังฝังยา ส่วนการอักเสบจากการติดเชื้อเฉพาะที่พบได้น้อยมาก อาการเหล่านี้จะเกิดประมาณวันที่ 2-3 หลังฝังยา ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ที่ควรเอาออก

3. ฤทธิ์ข้างเคียงอื่นๆ ที่อาจพบ ได้แก่ ปวดศีรษะ สิว น้ำหนักเพิ่ม ปวดเต้านม ผิวกลิ้งที่ตำแหน่งฝัง ขนคอก ชิมเศร้า อารมณ์แปรปรวน วิดกกังวล และน้ำนมไหล

ข้อบ่งห้ามของการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ได้แก่ โรคหลอดเลือดดำอักเสบ หรือลิ่มเลือดอุดตัน เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดในรายที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย โรคตับเฉียบพลัน เนื้องอกในตับ มะเร็งเต้านม และตั้งครรภ์

ภาวะการเจริญพันธุ์ภายหลังเลิกการคุมกำเนิด พบว่าหลังจากถอดยาแล้วระดับของลิโวโนเกสเทิล (levonorgestrel) จะลดลงอย่างมากภายใน 48 ชั่วโมง และส่วนใหญ่ไข่จะตกภายในเดือนแรกหลังถอด อัตรการตั้งครรภ์ในปีแรกหลังถอดยาจะใกล้เคียงกับสตรีที่พยายามตั้งครรภ์ โดยไม่ได้คุมกำเนิด ไม่มีผลเสียต่อภาวะเจริญพันธุ์ในระยะยาว รวมทั้งไม่มีผลต่อสัดส่วนของเพศทารก การตั้งครรภ์นอกมดลูก การแท้งเอง และทารกพิการแต่กำเนิด โดยทั่วไปจะตั้งครรภ์ใน 3-6 เดือนหลังเลิกใช้

ข้อดีของการใช้ยาฝังคุมกำเนิด คือ ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดสูง ปลอดภัย เนื่องจากเป็นการคุมกำเนิดที่ไม่ใช่ฮอร์โมน ใช้ได้นาน ไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับการใช้ ภาวะการเจริญพันธุ์หลังเลิกใช้แล้วกลับมาเป็นปกติ ป้องกันการตั้งครรภ์นอกมดลูก และเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับสตรีที่ให้นมบุตร เนื่องจากไม่มีผลกระทบต่ออาการหลังน้ำนม และสามารถฝังยาได้ทันทีหลังคลอด

ข้อเสียของการใช้ยาฝังคุมกำเนิด คือ อาจเกิดอาการข้างเคียง จำกัดบุคลากรผู้ให้บริการเฉพาะผู้ที่เคยอบรม การเอาหลอดยาที่ฝังไว้ออกอาจจะยาก หรือมีการอักเสบและเกิดแผลเป็นได้

13. ห่วงอนามัย (intrauterine contraceptive devices หรือ IUD) การคุมกำเนิดโดยวิธีนี้มีประสิทธิภาพสูง ราคาถูก ใช้ได้นาน อาการข้างเคียงน้อย สามารถกลับมาตั้งครรภ์ภายหลังเลิกใช้ได้ตามปกติ และไม่มีผลเสียใดๆ ต่อเมตาบอลิซึมของร่างกายในระบบต่างๆ ห่วงอนามัยเป็นวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวที่ได้รับความนิยมแพร่หลายมากที่สุดวิธีหนึ่ง และผู้ใช้มักจะใช้ยาวนานกว่าผู้ที่คุมกำเนิดชั่วคราววิธีอื่น

ชนิดของห่วงอนามัย

1. Non-medicated IUD หรือ inert IUD เป็นห่วงชนิดที่ทำมาจากโพลีเอทิลีน (polyethylene) ไม่มีสารช่วยส่งเสริมฤทธิ์การป้องกันการตั้งครรภ์ ที่เคยนิยมแพร่หลายคือ Lippes loop ซึ่งมีรูปร่างคล้ายตัว S ติดกัน นอกจากนั้นยังมีอีกหลายชนิด เช่น Saf-T-Coil เป็นต้น ห่วงเหล่านี้เคลือบด้วยแบเรียมซัลเฟตเพื่อให้มองเห็นได้โดยภาพถ่ายรังสี

2. Medicated IUD หรือ Active IUD เป็นห่วงชนิดที่มีสารช่วยส่งเสริมการออกฤทธิ์ป้องกันการตั้งครรภ์ ได้แก่ copper bearing IUD เป็นชนิดที่มีสารทองแดงเป็นส่วนประกอบอยู่ด้วย ห่วงรุ่นเก่ามีลักษณะเป็นลวดทองแดงพันรอบแกนตัว และ hormonal-releasing เป็นชนิดที่บรรจุโปรเจสเตอโรน (progesterone)

กลไกการป้องกันการตั้งครรภ์ของห่วงอนามัย คือ ห่วงอนามัยก่อให้เกิดปฏิกิริยาต่อวัตถุแปลกปลอม ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อโพรงมดลูกโดยปราศจากการติดเชื้อ macrophage และจะปล่อยสาร เช่น พรอสตาแกลนดินส์, IgG, IgM และเอนไซม์ ที่มีผลทำลายอสุจิ เซลล์และสารลดการเคลื่อนไหวของเชื้ออสุจิ ป้องกันพัฒนาการของไข่ ทำให้ไม่สามารถเกิดการปฏิสนธิได้ตามปกติ เมื่อห่วงอยู่ในโพรงมดลูกจะไม่รบกวนการตกไข่ แต่เชื่อว่ากลไกหลักในการป้องกันการตั้งครรภ์คือ ทำลายอสุจิด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภายในโพรงมดลูก

เวลาที่เหมาะสมสำหรับการใส่ห่วง ได้แก่ หลังหมดประจำเดือนใหม่ๆ หรือภายใน 7 วันแรกของรอบประจำเดือน บางรายนิยมใช้ขณะมีประจำเดือน เพราะถ้ามีเลือดออกจากการใส่ห่วงจะไม่ทำให้รู้สึกผิดปกติ เพราะมีเลือดประจำเดือนออกอยู่แล้ว และปากมดลูกมีแนวโน้มจะเปิดอยู่แล้วจึงใส่ง่าย และแน่ใจว่าไม่มีการตั้งครรภ์ สามารถรับบริการได้สะดวก เพราะการใส่ห่วงในเวลาแตกต่างกันไม่เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ การใส่ห่วงหลังคลอดใหม่ๆ จะมีความสะดวกในการรับบริการเพราะประหยัดโดยเฉพาะเวลาในรายที่คลอดในโรงพยาบาล ประกอบกับหลังคลอดเป็นระยะที่ชักจูงให้คุมกำเนิดได้ง่าย อีกทั้งพบว่าอัตราการทะลุของห่วงน้อยกว่าการใส่ในเวลาปกติ แต่มีข้อเสียคืออัตราห่วงหลุดจะสูงกว่าการใส่ในเวลาปกติ ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน หรืออาการปวดท้อง เป็นต้น ไม่ต่างจากการใส่ในระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์ไปแล้ว เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออยู่จึงไม่แนะนำให้ใส่ห่วงหลังคลอดในรายที่มีแนวโน้มที่จะติดเชื้อได้ง่าย เช่น คลอดนานผิดปกติ และมีการติดเชื้อหลังคลอด เป็นต้น การใส่ห่วงในระยะ 6-8 สัปดาห์หลังคลอดหรือเมื่อมาตรวจหลังคลอด เป็นช่วงเวลาที่สะดวก และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย การใส่ห่วงหลังแท้งบุตรสามารถกระทำได้ทันทีหลังแท้งในไตรมาสแรก เพราะไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ห่วงหลุด และเลือดออก

ข้อบ่งห้ามของการใส่ห่วงอนามัย ได้แก่ การอักเสบในอุ้งเชิงกราน รวมทั้งช่องคลอดและปากมดลูก ตั้งครรภ์ หรือสงสัยว่าจะตั้งครรภ์ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ประจำเดือนผิดปกติ โดยเฉพาะในรายที่มีประจำเดือนออกมาก ปวดประจำเดือนมาก เนื่องมดลูกยกรุ่นขนาดเล็กๆ ที่ไม่มีเลือดออกผิดปกติ มดลูกผิดปกติโดยกำเนิด มะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ โรคเลือด สตรีที่มีภูมิคุ้มกันต่ำหรือติดเชื้อได้ง่าย สตรีที่เสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สตรีที่เป็นโรคหัวใจ และสตรีที่มีประวัติตั้งครรภ์นอกมดลูก

ข้อดีของการใส่ห่วงอนามัย คือ

- 1.ประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์สูง และป้องกันครรภ์นอกมดลูกได้ครึ่งหนึ่ง
- 2.ราคาถูกลงเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้เป็นเวลานาน
- 3.เมื่อใส่ห่วงแล้วไม่เป็นภาระอีกเป็นเวลานาน
- 4.สามารถตั้งครรภ์ได้ตามปกติภายหลังเลิกใช้
- 5.ไม่มีผลต่อการทำงานของร่างกายทั่วไป รวมทั้งเมตาบอลิซึม และการหลั่งน้ำนม
- 6.เป็นวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวที่ดีสำหรับสตรีอายุมาก และมีบุตรเพียงพอแล้ว

ข้อเสียของการใส่ห่วงอนามัย คือ ต้องมารับบริการจากแพทย์หรือพยาบาล ผดุงครรภ์เท่านั้น อาจมีอาการข้างเคียงหรืออาการผิดปกติจากการใส่ห่วง ที่พบบ่อยที่สุดคืออาการปวดท้องและเลือดออกผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้มีอัตราการเลิกใช้ห่วงสูงถึงร้อยละ 15

14.ยาเม็ดคุมกำเนิด (oral contraceptives) มีกลไกการออกฤทธิ์ คือ ป้องกันไข่สุกโดยยับยั้งไฮโปทาลามัส (hypothalamus) และต่อมใต้สมอง (pituitary) ไม่ให้หลังฮอร์โมนที่ทำให้ไข่สุก ในกรณีที่เป็นการ combined therapy จะทำให้เยื่อบุมดลูกบางมากจึงไม่เหมาะสำหรับการฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้ว (blastocyst) โปรเจสเตอโรนจะทำให้มูกที่ปากมดลูกมีน้อยและเหนียวมากจนยากที่อสุจิจะเคลื่อนผ่านเข้าไปได้

วิธีการเลือกใช้ยา

- 1.ยาคุมกำเนิดชนิดที่มีฮอร์โมนในขนาดที่ควรเลือกใช้ ได้แก่ ยาที่มีฮอร์โมนทั้งเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนเป็นส่วนประกอบอยู่น้อยที่สุด
- 2.ยาคุมกำเนิดชนิดที่มีฮอร์โมนแตกต่างกัน 3 ระดับ (triphasic pills) ควรพิจารณาเลือกใช้เฉพาะผู้ที่ไม่หลงลืมง่าย และเข้าใจวิธีการรับประทานเรียงตามลำดับได้อย่างถูกต้อง

3.ยาคุมกำเนิดชนิดที่มีชนิดโปรเจสตินอย่างเดียว (minipills) ประกอบด้วยโปรเจสตินขนาดต่ำและเท่ากันทุกเม็ด แผลงละ 35 เม็ด เช่น micronor (9 norethindrone 0.35 มก.) microlut (norgestrel 0.03 มก.) และ exluton (lynestrenol 0.5 มก.) เป็นต้น รับประทานวันละ 1 เม็ด ปัจจุบันมีชนิดแผลงละ 28 เม็ด การคุมกำเนิดด้วยยาคุมกำเนิดชนิดที่มีชนิดโปรเจสตินอย่างเดียวเหมาะสำหรับสตรีที่ยังไม่เคยมีบุตรและมีประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ หรือไข่ตกไม่สม่ำเสมอ สตรีที่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ด้วยน้ำหนักตนเองและสตรีที่เคยมีประวัติแพ้เอสโตรเจน หรือมีข้อบ่งห้ามในการใช้ยาคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจน

4.ยาคุมกำเนิดชนิดป้องกันการตั้งครรภ์ในช่วงที่มีไข่ตก (postcoital pills) ใช้ป้องกันได้ผลดีภายใน 72 ชั่วโมงหลังมีเพศสัมพันธ์ เชื่อว่ายาจะรบกวนการฝังตัวของตัวอ่อน และมีอัตราการล้มเหลวต่ำเพียงร้อยละ 1 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ยาที่มีเอสโตรเจนขนาดสูงภายใน 72 ชั่วโมงหลังมีเพศสัมพันธ์จะมีอัตราการล้มเหลวเพียงร้อยละ 0.1 แต่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้บ่อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บเต้านม ปวดศีรษะ และมึนงง เป็นต้น อาจให้ยาแก้อาเจียนร่วมด้วย นอกจากนี้ยังเหมาะสำหรับใช้ในกรณีพิเศษ เช่น ถูกข่มขืน และใช้ถุงยางอนามัยแล้วลึกลาด เป็นต้น

ข้อเสียของยาเม็ดคุมกำเนิด คือ เป็นการต้องรับประทานทุกวัน อาจพบอาการข้างเคียง ได้แก่

1.คลื่นไส้ และ/หรือ อาเจียน เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ในช่วง 2-3 เดือนแรก หลังจากนั้นอาการจะลดลงหรือหายไป

2.เลือดออกกะปริบกะปรอยทางช่องคลอด พบได้บ่อยที่สุดในระยะ 3 เดือนแรกของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 10-30) โดยในเดือนแรกพบได้ถึงร้อยละ 1-10 หลังจากนั้นจะหายไปเอง อาจพบได้บ่อยขึ้นในยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนสูง ส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องรักษา เพียงแต่ให้คำปรึกษาเพื่อความมั่นใจก็เพียงพอ กรณีที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนต่ำก็ควรรักษาในลักษณะเดียวกัน ไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนยาไปเป็นขนาดฮอร์โมนสูงขึ้น การเปลี่ยนชนิดของยามีผลน้อย ถ้าควบคุมด้วยวิธีง่าย ๆ ดังกล่าวไม่ได้ผล ต้องตรวจค้นหาพยาธิสภาพอื่นๆ ของการมีเลือดออกด้วย

3.การขาดประจำเดือนระหว่างการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดพบในปีแรกของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนต่ำประมาณร้อยละ 1 แต่จะพบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5 เมื่อใช้นานหลายๆ ปี เนื่องจากโปรเจสตินจะทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกถลอก ถ้ารับประทานยาติดต่อกันและเกิดขาดประจำเดือนให้รับประทานยาแผลงต่อไปตามปกติ ไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนมาใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนสูงขึ้น แต่ถ้าขาดประจำเดือน 2 เดือนติดต่อกันควรปรึกษาแพทย์เพื่อตรวจว่ามีการตั้งครรภ์หรือไม่ เช่นเดียวกับกรณีที่ลืมรับประทานแล้วขาดประจำเดือน

4.น้ำหนักเพิ่ม บ่อยครั้งที่ผู้ใส่ยาเม็ดคุมกำเนิดรู้สึกน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เพราะโปรเจสตินทำให้เจริญอาหาร ส่วนเอสโตรเจนทำให้มีน้ำและโซเดียมกั่ง หรืออาจเกิดจากปัจจัยอื่นที่ไม่เกี่ยวกับยาเม็ดคุมกำเนิด

5.การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต ในรายที่มีแนวโน้มว่าความดันโลหิตค่อนข้างสูงอยู่แล้ว การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดอาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

6.การเกิดสิวฝ้า บริเวณใบหน้าอาจเกิดขึ้นโดยเฉพาะในรายที่เคยมีอาการนี้ขณะตั้งครรภ์ ในรายได้รับแสงแดดจากการทำงานกลางแจ้ง

7.ปวดศีรษะ อาจพบอาการนี้ในรายที่เคยมีประวัติปวดศีรษะข้างเดียว กรณีนี้จึงไม่ควรใส่ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดมีเอสโตรเจน

8.การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ผู้ที่ใส่ยาเม็ดคุมกำเนิดอาจมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล แต่พบได้น้อย

9.เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ บางรายอาจจะมีความรู้สึกทางเพศดีขึ้น เพราะไม่ต้องกลัวว่าจะการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ แต่บางรายอาจมีความรู้สึกทางเพศลดลง

10.ปริมาณน้ำนมลดลง ยาเม็ดคุมกำเนิดอาจไม่เหมาะสมสำหรับสตรีที่ให้นมบุตร เนื่องจากเอสโตรเจนทำให้น้ำนมลดปริมาณลง อาจเลี้ยงไปใส่ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดที่มีโปรเจสตินอย่างเดียว จนกว่าบุตรจะหย่านมแล้วจึงเปลี่ยนไปใช้ชนิดฮอร์โมนรวม

11.อันตรายอื่นๆ เช่น ความเสี่ยงต่อโรค ระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

ข้อบ่งห้ามสำหรับการใส่ยาเม็ดคุมกำเนิดโดยเด็ดขาด

1.มีประวัติ หรือมีความเสี่ยงต่อโรคของหลอดเลือดดำอักเสบ หรืออุดตันโดยลิ่มเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง และหลอดเลือดหัวใจอุดตัน

2.การทำงานของตับบกพร่องอย่างรุนแรง อย่างไรก็ตามในบางรายที่พบตับแข็งและประวัติตับอักเสบอาจไม่ถือเป็นข้อบ่งห้าม โดยสมบูรณ์สำหรับการใส่ยาเม็ดคุมกำเนิด

3.สงสัยหรือพบว่าเป็นมะเร็งเต้านม

4.มีเลือดออกทางช่องคลอดในรายที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย

5.สงสัยหรือพบว่าตั้งครรภ์

6.อายุมากกว่า 35 ปี และสูบบุหรี่

15.ยาฉีดคุมกำเนิด (injectable contraception) ที่นิยมใช้ในปัจจุบันมี 2 ชนิด คือ

15.1 DMPA (depot medroxy progesterone acetate) เป็นอนุพันธ์ของ 17-hydroxy progesterone และเป็นเดือน Long acting injectable progesterone ผลิตในรูปของผลึกแขวนลอย เล็กๆ (microcrystalline) บรรจุในขวด 3 มล. ขนาด 150 มิลลิกรัม จะออกฤทธิ์ทันทีภายหลังจากฉีด ใช้ฉีดทุก 3

15.2 NET-EN (norethindrone enanthate) เป็นโปรเจสตินในกลุ่ม 19 nortestosterone ผลิตในรูปของน้ำมันขนาด 1 มล. ขนาด 200 มิลลิกรัม ใช้ฉีดทุก 60 วัน หรือฉีดทุก 60 วัน 4 ครั้ง แล้วครั้งต่อไปฉีดทุก 84 วัน

ข้อดีของยาฉีดคุมกำเนิด คือ ไม่ต้องกังวลว่าต้องรับประทานยาทุกวัน ไม่รบกวน การสร้างน้ำนม ตรงข้ามกลับจะช่วยให้มีน้ำนมมากขึ้น และไม่ต้องมารับบริการบ่อย ๆ

ข้อเสียของยาฉีดคุมกำเนิด คือ มีประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ใช้ จะมีไข้ตกหลังจากหยุดยาแล้วประมาณครึ่งปี แต่ส่วนมากจะมีไข้ตก และตั้งครรภ์หลังจากหยุดยา แล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี โดยทั่วไปฤทธิ์ข้างเคียงอื่น ๆ มีน้อยมาก ซึ่งประเมินได้ยากกว่าเป็นผลจากยาหรือ เป็นผลจากขาดความเชื่อมั่น

กลไกการป้องกันการตั้งครรภ์ของยาฉีดคุมกำเนิด

1.ป้องกันการตกไข่ ยาฉีดชนิด DMPA มีฤทธิ์สูงกว่าโปรเจสเตอโรนธรรมชาติ 25 เท่า และมีระดับยาสูงพอที่จะยับยั้งการหลั่งโกนาโดโทรฟิน (gonadotropin) จากต่อมสมองได้ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งป้องกันการมี LH surge สามารถป้องกันการตกไข่ได้ตั้งแต่เดือนแรกของการฉีดยา

2.เปลี่ยนแปลงเยื่อโพรงมดลูกทำให้ไม่เหมาะสำหรับการฝังตัว DMPA เยื่อโพรงมดลูกมีลักษณะคล้ายคิชีดัว (decidua) และฝ่อตัวบางลง ต่อมฝ่อและมีปริมาณน้อยมาก การเปลี่ยนแปลงนี้สัมพันธ์โดยตรงกับขนาดของยาและระยะเวลาที่ใช้ยา ซึ่งจะมีผลทำให้ ประจำเดือนผิดปกติด้วย ส่วน NET-EN มีผลต่อเยื่อโพรงมดลูกน้อยกว่า DMPA

3.เปลี่ยนแปลงมูกปากมดลูกให้เหนียวข้น ปริมาณน้อยลง ทำให้ไม่เหมาะ สำหรับอสุจิจะผ่านเข้าไปได้

ระดับของยา DMPA ในกระแสเลือดจะสูงมากในระยะแรกๆ และจะค่อย ๆ ลดลง จนหมดฤทธิ์ไปในเวลา 6-8 เดือน แต่ภายหลังจาก 3 เดือนไปแล้วความสามารถในการป้องกันการ ตั้งครรภ์ลดลงแล้ว ดังนั้นหลังจากสามเดือนไปแล้วไม่อาจถือว่ามิผลต่อการคุมกำเนิดได้ ความสามารถในการเจริญพันธุ์จะยังไม่กลับคืนมาเป็นปกติจนกว่าฤทธิ์ยาจะหมดไปจริงๆ ซึ่งอาจใช้เวลาประมาณ 6-8 เดือน หรือเป็นปี

ข้อดีของยาฉีดคุมกำเนิด

ผู้เขียน

เหมือนกับยาเม็ดคุมกำเนิด

บกพร่อง

ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ หรือมีประวัติการอุดตันของลิ้นเลือด

สุขภาพร่างกายน้อยมาก

จากยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม

- 1.การให้ยากระทำได้ง่าย ไม่ต้องอาศัยบุคลากรที่มีทักษะมาก
- 2.ยาฉีดคุมกำเนิดเก็บได้นานประมาณ 5 ปี โดยไม่จำเป็นต้องเก็บไว้ในตู้เย็น
- 3.ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดสูง
- 4.ฤทธิ์ของยาไม่ถูกรบกวนด้วยยาอื่นๆ หรือโรคระบบทางเดินอาหาร
- 5.มีข้อบ่งห้ามน้อยกว่ายาเม็ดคุมกำเนิดมาก
- 6.ลดปัญหาเรื่องขาดความร่วมมือของผู้ใช้ แม้ในรายที่มีสติปัญญาบกพร่อง
- 7.ผลดีจากการไม่มีเอสโตรเจนเป็นองค์ประกอบ ทำให้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ หรือมีประวัติการอุดตันของลิ้นเลือด
- 8.รบกวนเมตาบอลิซึมต่างๆ ของร่างกายน้อย จึงกระทบกระเทือนต่อสุขภาพร่างกายน้อยมาก
- 9.ในมารดาที่ให้นมบุตร DMPA มีผลเพิ่มปริมาณของน้ำนม ซึ่งแตกต่างจากยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม
- 10.สามารถควบคุมอาการชักง่ายขึ้น
- 11.ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน
- 12.ลดความเสี่ยงของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก
- 13.ลดปริมาณเลือดประจำเดือน
- 14.ลดการเกิดการอักเสบของมดลูก
- 15.ลดการตั้งครรภ์นอกมดลูก
- 16.ไม่ขัดขวางขั้นตอนต่าง ๆ ของการมีเพศสัมพันธ์

ข้อเสียของยาฉีดคุมกำเนิด

และขาดประจำเดือน

ชนิดฮอร์โมนรวม

- 1.อาจเกิดความผิดปกติของรอบประจำเดือน เลือดออกกะปริบกะปรอย
- 2.อาจเกิดฤทธิ์ข้างเคียงต่างๆ เช่น น้ำหนักเพิ่ม และปวดศีรษะ เป็นต้น
- 3.ภาวะเจริญพันธุ์หลังหยุดฉีดยาแล้วกลับคืนมาช้ากว่ายาเม็ดคุมกำเนิด

ข้อบ่งห้ามของยาฉีดคุมกำเนิด สตรีที่สงสัยหรือพบว่าตั้งครรภ์ สตรีที่ยังไม่มีบุตร ทั้งนี้เพราะภาวะเจริญพันธุ์ภายหลังการหยุดยาอาจกลับมาในเวลาไม่แน่นอน สตรีที่มีเลือดออกจากช่องคลอดผิดปกติโดยไม่ทราบสาเหตุจะต้องค้นหาสาเหตุเสียก่อน ยาฉีดคุมกำเนิดเองอาจทำให้มีเลือดออกผิดปกติได้บ่อย บางครั้งทำให้สับสนได้ว่าเลือดออกจากโรคอื่น หรือเกิดจากยาฉีดคุมกำเนิด เช่น สตรีที่อยู่ระหว่างการติดตามผลภายหลังการรักษาครรภ์ไข่ปลาอุก และสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม เป็นต้น

16.การทำหมันหญิง (tubal sterilization) โดยการผูกและการหรือตัดท่อรังไข่ เป็นการคุมกำเนิดแบบถาวร ดังนั้นก่อนจะทำจึงควรอธิบายให้ผู้รับบริการทราบก่อนว่า ไม่สามารถจะกลับมีบุตรได้อีก สำหรับนโยบายการดำเนินงานจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับสถานบริการ บางแห่งจำกัดให้มีทำในรายที่มีบุตรอย่างน้อย 3 คน หรือบางแห่ง 2 คน แต่มีข้อแม้ว่าบุตรคนสุดท้ายต้องอายุเกิน 1 ปี

ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการทำหมัน โดยทั่วไปแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1.ระยะหลังคลอดทันที (immediate postpartum) โดยทำการผ่าตัดทางหน้าท้อง มักทำภายหลังคลอดประมาณ 24 ชั่วโมง เนื่องจากมดลูกอยู่สูงทำให้หาท่อรังไข่ได้ง่าย การเปิดหน้าท้องเพียงเล็กน้อยก็สามารถผูก หีบับ ตัด หรือจี้ท่อรังไข่ได้ โดยผู้คลอดไม่ยึดเวลาในการอยู่โรงพยาบาลต่อไปอีก

2.ระยะปกติ (non-puerperial period) หรือการทำหมันแหว่ง ทำได้ทั้งทางหน้าท้องและทางช่องคลอด

17.การทำหมันชาย (vasectomy) เป็นการผูก และตัดท่ออสุจิให้ขาดจากกัน ทำให้อสุจิผ่านออกมาไม่ได้ หลังจากทำหมันเมื่อฝ่ายชายถึงจุดสุดยอดยังมีการหลั่งน้ำเชื้อออกตามปกติ แต่ไม่มีอสุจิปนออกมา การตั้งครรภ์จึงไม่เกิดขึ้น เมื่อทำเสร็จสามารถกลับบ้านได้ทันที หลังการทำหมันชายในระยะหนึ่งเดือนแรกควรคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัยเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีอสุจิเล็ดรอดออกมากับน้ำเชื้อ การทำหมันชายไม่ทำให้ทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลง สามารถทำงานหนักได้ตามปกติ สมรรถภาพทางเพศเหมือนเดิม ไม่เป็นสาเหตุที่ทำให้อ่อนแอหรือผอมลง การทำหมันชายสามารถกระทำได้ทุกเวลา มีความสะดวก และใช้เวลาน้อยกว่าการทำหมันหญิง ไม่ต้องกังวลว่าจะมีลูกเพิ่มขึ้นอีก และเป็นการแบ่งความรับผิดชอบในการคุมกำเนิดให้แก่ฝ่ายหญิง

ปัจจัยที่มีผลต่อการคุมกำเนิด

วิธีการคุมกำเนิดในปัจจุบันมีอยู่มากมายหลายวิธีแต่ยังพบว่าปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการลักลอบยุติการตั้งครรภ์โดยผิดกฎหมายยังคงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ประเมินการณ์ตัวเลขของสตรีที่ยุติการตั้งครรภ์แต่ละปีทั่วโลกมีสูงถึง 35 ล้านคน ในประเทศไทย พบ 200,000-300,000 คนต่อปี หรือคิดเป็นอัตรา 107 ราย ต่อสตรีวัยเจริญพันธุ์ 1,000 คน (สุชาดา รัชชกุล, 2542) ปัญหาดังกล่าวอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ ดังนี้

1. อายุ ผู้ที่มีอายุน้อยกว่ามีแนวโน้มที่จะนำเอาวิธีการคุมกำเนิดไปใช้ง่ายกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า ผลสำรวจสถานะสุขภาพปี พ.ศ. 2539-2540 พบว่า สตรีกลุ่มอายุ 25-39 ปี มีอัตราการคุมกำเนิดมากที่สุด (ร้อยละ 75.4) รองลงมาคืออายุ 13-24 ปี (ร้อยละ 60.4) ส่วนสตรีอายุ 40 ปีขึ้นไปมีอัตราคุมกำเนิดร้อยละ 52.6 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาพรรณ, 2543) ส่วนการเลือกวิธีคุมกำเนิดไม่มีข้อมูลบ่งชี้ในการห้ามใช้วิธีคุมกำเนิดในรายที่มีอายุต่ำกว่า 35 ปี แต่ในรายที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ควรพิจารณาเลือกอย่างเหมาะสมเพราะใกล้เข้าสู่วัยหมด ประจำเดือน (ธัญญลักษณ์ ศิริชนะ, 2543)

2. เพศ สตรีมีแนวโน้มที่จะคุมกำเนิดมากกว่าบุรุษ จากการศึกษาของสถาบันศึกษานโยบายสาธารณสุขพบว่า สตรีรับภาระในการคุมกำเนิดมากกว่าบุรุษถึงสิบเท่า (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงการเอารัดเอาเปรียบทางเพศอย่างขาดความรับผิดชอบของบุรุษ เช่น การไม่วางแผนครอบครัว การไม่ยอมให้ใช้การคุมกำเนิด และเมื่อเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ขึ้นมาก็จะแก้ปัญหโดยให้สตรีกระทำเพื่อยุติการตั้งครรภ์ (ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล, 2538) จากการวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนครอบครัวในประเทศไทยของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดลในปี 2539 พบว่าวิธีการคุมกำเนิดสำหรับบุรุษมีผู้ใช้เพียงส่วนน้อยเท่านั้น จึงควรมีการส่งเสริมให้บุรุษมีส่วนร่วมในการคุมกำเนิดเพื่อให้มีความเท่าเทียมกันทางเพศ (ธัญญลักษณ์ ศิริชนะ, 2543)

3. จำนวนบุตรที่มีชีวิตและความต้องการบุตรเพิ่ม การที่สตรีมีความต้องการที่จะคุมกำเนิดส่วนหนึ่งมาจากการที่สตรีมีจำนวนบุตรพอเพียงแล้ว หรือยังไม่พร้อมที่จะมีบุตร (สุชัย อินทรประเสริฐ และวิฑูร โสถานนท์, 2535) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ กันยารักษ์ เกษเจริญ (2541) พบว่าในมารดาที่สูญเสียบุตรจากการแท้งเองจะมีความต้องการที่จะตั้งครรภ์ใหม่ทันทีโดยไม่ต้องการคุมกำเนิด และจากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าในสตรีที่มีบุตรเพียงพอแล้วจะมีความต้องการที่จะคุมกำเนิดสูง (WHO, 1994)

4. ประสิทธิภาพของวิธีคุมกำเนิด สตรีที่มีความต้องการคุมกำเนิดจะเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการตั้งครรภ์เป็นส่วนใหญ่ (ธัญญลักษณ์ ศิริชนะ, 2543)

แต่จากการศึกษาเรื่องยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินของโครงการรณรงค์เพื่อสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ (2542) พบว่า สตรีจำนวนมากนิยมใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินหลังร่วมเพศแทนวิธีการคุมกำเนิดแบบปกติ แม้ว่ายาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินจะมีประสิทธิภาพการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ต่ำกว่ายาเม็ดคุมกำเนิดปกติ นอกจากนี้ นภภรณ์ หะวานนท์ (2542) กล่าวว่า วัยรุ่นชายมีแนวโน้มว่าจะเป็นผู้ซื้อยาคุมกำเนิดที่เข้ารับประทานหลังร่วมเพศให้กับฝ่ายหญิงเพิ่มขึ้น ซึ่งร้านจำหน่ายมักจะจัดให้ครั้งละ 2 เม็ด ราคาเม็ดละ 10-15 บาท ซึ่งยานี้ต้องรับประทานภายในเวลา 4 ชั่วโมงหลังร่วมเพศ แต่ยาชนิดนี้ไม่เหมาะกับการใช้เป็นประจำ เพราะไม่ควรรับประทานยานี้เกินเดือนละ 4 เม็ด แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นซึ่งเป็นผู้ใช้ยายังไม่มีความรู้ในเรื่องการคุมกำเนิด ส่วนในวัยรุ่นหญิงรู้จักวิธีการคุมกำเนิดแต่ไม่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการใช้การคุมกำเนิด ทำให้การคุมกำเนิดไม่มีประสิทธิภาพ

5. ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด สตรีอีกจำนวนมากยังขาดความรู้ในการคุมกำเนิดในรูปแบบต่างๆ อันมีผลกระทบต่อสุขภาพของสตรี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) โจแฮนสัน, ทูเก็ต, แลป, และซันด์สตรอม (Johanson, Tuget, Lap, & Sundstrom, 1996) ได้ศึกษาประสบการณ์การยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีรายหนึ่งในประเทศเวียดนามซึ่งได้ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 5 ครั้ง ในรอบ 4 ปี พบว่า สาเหตุการยุติการตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งมาจากปัจจัยจากการขาดความรู้ในการคุมกำเนิด การขาดความเข้าใจที่ถูกต้องในการใช้วิธีการคุมกำเนิด ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น (Fogel & Woods, 1995) และ สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล (2542) กล่าวว่า วัยรุ่นมักขาดความรู้ ความเข้าใจ ความสนใจในเรื่องการคุมกำเนิด เช่น วัยรุ่นไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น ในขณะที่วัยรุ่นไม่มีความรู้เรื่องการคุมกำเนิดทำให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

6. ความเชื่อ ค่านิยม และศาสนาที่มีต่อการคุมกำเนิด วิธีการคุมกำเนิดที่ขัดต่อสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งยากที่จะนำไปปฏิบัติ เช่น การคุมกำเนิดวิธีนั้นขัดต่อศีลธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และความกลัวในการปฏิบัติ เนื่องจากเป็นสิ่งที่ยังไม่เคยทดลองปฏิบัติจะทำให้เกิดความลังเลใจและไม่กล้าปฏิบัติ (ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล, 2538) การคุมกำเนิดสำหรับบางศาสนายังไม่เป็นที่ยอมรับ จึงต้องใช้การป้องกันการตั้งครรภ์โดยวิธีหลังภายนอกช่องคลอด หรือการนับระยะปลอดภัยแทน ซึ่งอาจเกิดการผิดพลาดและตั้งครรภ์ขึ้นได้ (สันทัด เสริมศรี, 2541) นอกจากนี้ ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิดความคิดว่าการคุมกำเนิดจะทำให้เกิดมีอาการของโรคแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น โรคประสาท และโรคมะเร็ง เป็นต้น (ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล, 2538) และ สตรีบางรายมีความคิดไม่อยากใช้การคุมกำเนิดด้วยเหตุผลที่ว่ากลัวสามีจะระแวง เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับชายอื่น (สันทัด เสริมศรี, 2541)

7. การประเมินประโยชน์ของการคุมกำเนิด การที่สตรีประเมินได้ว่าการคุมกำเนิดมีประโยชน์ในการสามารถเลือกมีบุตรตามความต้องการเพื่อจำกัดจำนวนบุตรให้เหมาะสมตามฐานะ และป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จะทำให้สตรีมีความต้องการคุมกำเนิด (พัฒน์ สุจันงค์, 2541) นอกจากนี้ ชีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์, และอภิชาติ โอพารัตนชัย (2539) กล่าวว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ต่างๆ ของการคุมกำเนิด จะทำให้เกิดการยอมรับบริการคุมกำเนิด เพื่อให้มีบุตรในเวลาที่ต้องการ มีจำนวนบุตรเหมาะสมตามความสมบูรณ์ของสุขภาพรวมทั้งภาวะสังคมและเศรษฐกิจ

8. อาการข้างเคียงของวิธีการคุมกำเนิด ในรายที่ทดลองปฏิบัติแล้วพบว่าไม่เหมาะสม สำหรับตน เช่น ใส่ห่วงแล้วห่วงหลุดเสมอ หรือรับประทานยาแล้วมีอาการข้างเคียงต่างๆ จะทำให้เกิดความไม่ต้องการใช้การคุมกำเนิด (ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล, 2538) การตัดสินใจเปลี่ยนวิธีการคุมกำเนิดของสตรีจะมีสาเหตุเหมือนกัน คือใช้แล้วเกิดอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หน้าเป็นฝ้า อ้วน และมีเลือดออกกะปริบกะปรอยทางช่องคลอด เป็นต้น (มัลลิกา มัติโก, ปรีชา อุปโยคิน, พรทิพย์ อาณาประโยชน์ และกรรณิการ์ ชลลัมพี, 2540)

9. อัตราค่าบริการคุมกำเนิด สาเหตุของความล้มเหลวจากการคุมกำเนิดนอกจากการขาดความรู้แล้วยังเกี่ยวข้องกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจด้วย เนื่องจากสตรีไม่สามารถซื้อยาหรือเลือกคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเอง (Bietz, 1998) ในปี ค. ศ. 1994-1995 ได้มีการสำรวจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนและการคุมกำเนิดในสตรีกลุ่มอายุ 18-44 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา และเนเธอร์แลนด์ พบว่า การยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสังคมอเมริกันเป็นปัญหาสำคัญและรุนแรงที่สุด สาเหตุส่วนหนึ่งของการไม่ใช้การคุมกำเนิดเพราะวิธีคุมกำเนิดแต่ละวิธีมีราคาแพง (Delbance, Lundy, Hoff, Parker, & Smith, 1997) ในประเทศไทยจากการศึกษาเรื่องการวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนครอบครัวในประเทศไทยของ วรชัย ทองไทย (2539) พบว่า ผู้ใช้วิธีคุมกำเนิดส่วนใหญ่นิยมใช้บริการจากสถานบริการของรัฐบาลซึ่งเสียค่า บริการต่ำ

10. ความสะดวกในการรับบริการคุมกำเนิด อาจมีความยุ่งยากในการรับบริการ เช่น เสียเวลามากในการรับบริการหรือวิธีคุมกำเนิดซับซ้อนไม่เอื้อความสะดวกแก่ผู้ใช้ (ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล, 2538) จากการศึกษาเรื่องความพึงพอใจของสตรีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ต่อการบริการด้านวางแผนครอบครัวของ เพลินตา พานทอง (2536) พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลอย่างชัดเจนต่อการรับบริการวางแผนครอบครัว ได้แก่ ระยะเวลาที่มารอรับบริการ โดยสตรีที่ใช้เวลารอรับบริการไม่นานมีระดับความพึงพอใจสูงกว่าสตรีที่ใช้เวลารอรับบริการนาน

การศึกษาเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่ผ่านมายังไม่พบวิธีใดที่ใช้แล้วได้ผลอย่างสมบูรณ์ ดังนั้นหากมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นในระหว่างที่มีการคุมกำเนิดอยู่การตั้งครรภ์นั้นจึงเป็นการตั้งครรภ์

ไม่พึงประสงค์ และสตรีเหล่านี้จะต้องมีการกระทำเพื่อยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (สนิทมามาประจวบ, 2538) การที่จะสนับสนุนให้สตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มีความตั้งใจคุมกำเนิดจึงจำเป็นที่จะต้องศึกษาถึงเจตคติที่มีต่อการคุมกำเนิดซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล และบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคม

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (theory of reasoned action)

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของเอจเซนและฟิชบายน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) เป็นทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ที่มีผู้นำมาใช้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพทั้งการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และยังเป็นทฤษฎีที่นำมาใช้กันอย่างกว้างขวางในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ เช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การงดสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนักตัว การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และการคุมกำเนิด เป็นต้น (Jemmott & Jemmott III, 1991) ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลมีข้อตกลงเบื้องต้นว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมโดยพิจารณาถึงเหตุผลและข้อมูลที่มีอยู่ประกอบด้วย ทฤษฎีนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะอธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลโดยพิจารณาความสำคัญระหว่างตัวแปรที่เฉพาะเจาะจงนั้น

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล มีแนวคิดว่า พฤติกรรมส่วนมากของบุคคลอยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น (behavioral intention: BI) และความตั้งใจของบุคคลที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมเป็นตัวกำหนดการกระทำพฤติกรรม ซึ่งความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนี้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือตัวกำหนดพื้นฐาน 2 ประการ คือ เจตคติต่อพฤติกรรม (attitude toward the behavior: Att) ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล และบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง (subjective norm: SN) ซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคม อธิบายได้ดังนี้

1. เจตคติต่อพฤติกรรม (attitude toward the behavior: Att) เป็นการประเมินความรู้สึกที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ว่าเป็นไปในทางบวกหรือทางลบ ซึ่งเจตคติต่อพฤติกรรมนี้เป็นผลมาจากปัจจัย 2 ประการ คือ ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม (behavioral beliefs of consequences: BB) และการประเมินคุณค่าตามความเชื่อของการกระทำพฤติกรรมนั้น (outcome evaluation: OE) อธิบายได้ว่า เจตคติต่อพฤติกรรมถูกกำหนดได้โดยความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรมและการประเมินคุณค่าตามความเชื่อของการกระทำพฤติกรรมนั้น กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลการกระทำทางบวก บุคคลจะมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลของการกระทำในทางลบ บุคคลนั้นจะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น

2. บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง (subjective norm: SN) เป็นปัจจัยทางสังคมที่บุคคลประเมินว่ากลุ่มผู้ใกล้ชิดที่มีความสำคัญกับตน คิดว่าตนควรหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงนี้เป็นผลมาจากปัจจัย 2 ประการ คือ ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงในการกระทำพฤติกรรม (normative beliefs: NB) และแรงจูงใจที่บุคคลจะปฏิบัติตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงในการกระทำพฤติกรรม (motivation to comply: MC) อธิบายได้ว่า บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมถูกกำหนดโดยความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงในการกระทำพฤติกรรม และแรงจูงใจที่บุคคลจะปฏิบัติตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงในการกระทำพฤติกรรม กล่าวคือ ถ้าบุคคลเชื่อว่ากลุ่มผู้ใกล้ชิดที่มีความสำคัญต่อตนคาดหวังให้ตนกระทำพฤติกรรมใด บุคคลนั้นก็จะรับรู้ถึงอิทธิพลของกลุ่มผู้ใกล้ชิดว่าเห็นสมควรให้ตนกระทำพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลเชื่อว่ากลุ่มผู้ใกล้ชิดที่มีความสำคัญต่อตนไม่คาดหวังให้ตนกระทำพฤติกรรมใด บุคคลนั้นก็จะรับรู้ถึงอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงว่าเห็นสมควรให้ตนไม่กระทำพฤติกรรมนั้น

ในส่วนของความสำคัญของเจตคติต่อพฤติกรรม และบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรม ส่วนหนึ่งขึ้นกับพฤติกรรม กล่าวคือ ความสำคัญของปัจจัยทั้งสองนี้อาจแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล โดยมีอิทธิพลหรือน้ำหนักของความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้งสองร่วมด้วย ในการกระทำพฤติกรรมเดียวกันอาจมีน้ำหนักตัวทำนายแตกต่างกัน กล่าวคือ เจตคติต่อพฤติกรรมและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมอาจเป็นตัวทำนายความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมที่มีน้ำหนักการทำนายไม่เท่ากัน เช่น ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมบางอย่างอาจถูกกำหนดโดยเจตคติต่อพฤติกรรมมากกว่าบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง หรือความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมบางอย่างอาจถูกกำหนดโดยบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงมากกว่าเจตคติต่อพฤติกรรม กรณีนี้สามารถใช้ปัจจัยหลักของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลอธิบายได้ ส่วนในกรณีที่เจตคติต่อพฤติกรรมและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงมีความสำคัญเท่ากันแต่มีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมต่างกัน จะไม่สามารถใช้ปัจจัยหลักของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลอธิบายได้เพราะมีปัจจัยจากภายนอก (external variables) เกี่ยวข้องด้วย ซึ่งปัจจัยนั้นมีผลกระทบต่อการกระทำพฤติกรรม ปัจจัยภายนอกต่างๆ ดังกล่าว ได้แก่

1. ตัวแปรด้านประชากร (demographic variables) เช่น อายุ เพศ อาชีพ และสถานภาพทางสังคม เป็นต้น

2. เจตคติต่อเป้าหมาย (attitude toward targets) เช่น เจตคติต่อบุคคล และเจตคติต่อสถาบัน เป็นต้น

3. ลักษณะของบุคลิกภาพ (personality traits) เช่น ลักษณะเป็นคนก้าวร้าว และมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง เป็นต้น

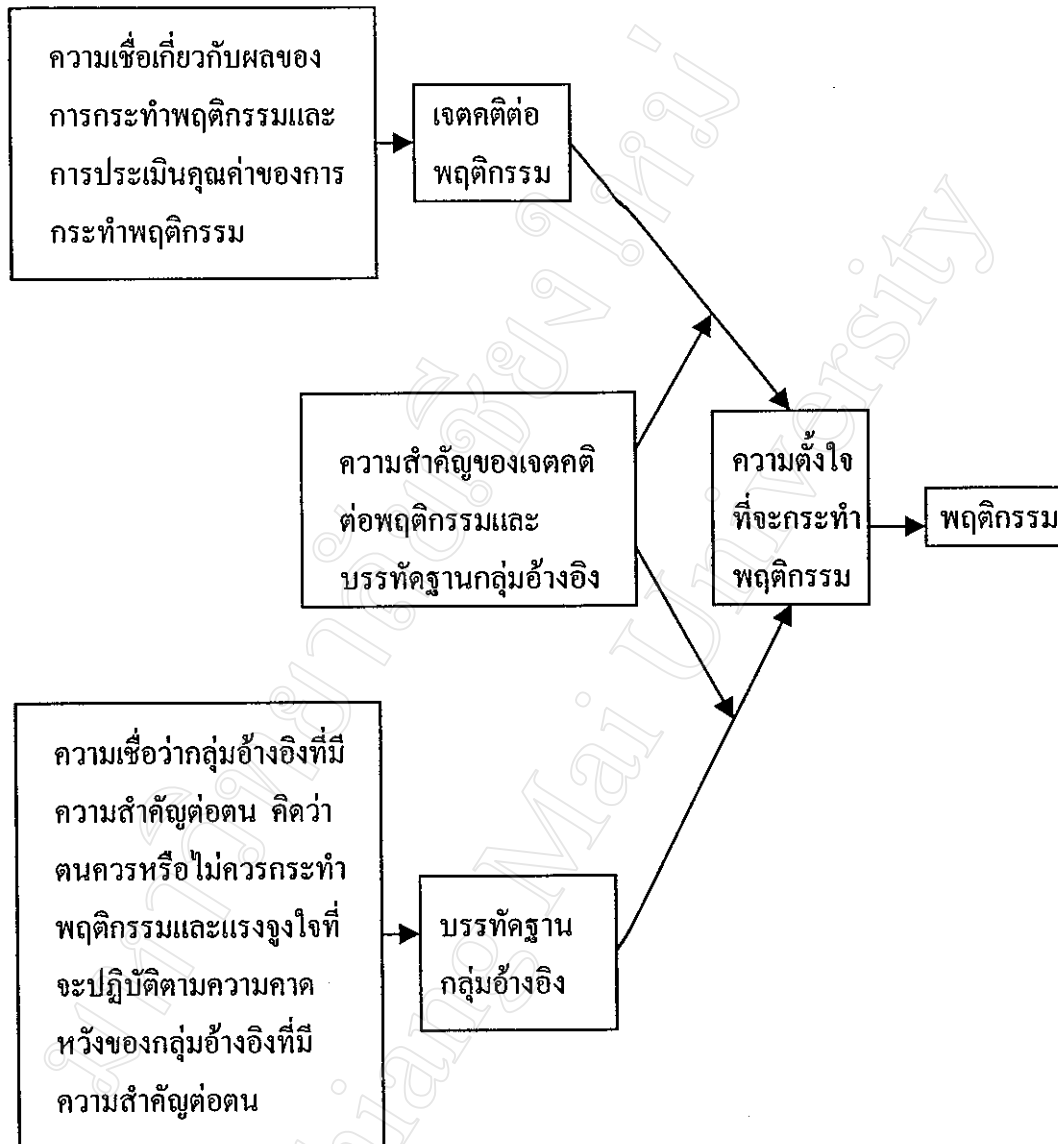
ตัวแปรเหล่านี้ไม่ได้เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมโดยตรงแต่จะมีผลโดยทางอ้อม กล่าวคือ ตัวแปรเหล่านี้อาจมีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมได้ ถ้าตัวแปรเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อพฤติกรรมและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง

ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในระดับสูงหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่างๆ ต่อไปนี้ คือ

1. ความตรงกัน (correspondence) ของเกณฑ์ในการวัดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม คือ มีความตรงกันในองค์ประกอบด้านการกระทำ (action) เป้าหมาย (target) สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม (context) และเวลา (time)

2. ความมั่นคงของความตั้งใจ (stability of intention) ถ้าความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมมีความมั่นคงสูง ก็จะพบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูงด้วย

ดังนั้นบุคคลจะตั้งใจกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งก็ต่อเมื่อได้ประเมินแล้วว่าพฤติกรรมนั้นมีผลทางบวก และเชื่อว่ากลุ่มผู้ใกล้ชิดที่มีความสำคัญเห็นว่าบุคคลควรจะกระทำพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลประเมินแล้วว่าพฤติกรรมนั้นมีผลทางลบ และกลุ่มผู้ใกล้ชิดที่มีความสำคัญไม่เห็นด้วยที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้น บุคคลนั้นก็จะหลีกเลี่ยงที่จะไม่กระทำพฤติกรรม เอจเซนและฟิชไบน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) ได้สรุปโครงสร้างปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคลไว้ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 โครงสร้างปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคล

แหล่งที่มา. จาก Understanding attitudes and predicting social behavior (p. 8)

โดย Ajzen & Fishbein. 1980. Englewood cliffs, N.J: Prentice-Hall.

จากการทบทวนรายงานการศึกษาพบว่า มีผู้นำทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของตนเองเช่น และฟิชบายน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดดังนี้

เจมมอทท์ และเจมมอทท์ III (Jemmott, & Jemmott III, 1991) ได้ศึกษาความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยในสตรีผิวดำเพื่อป้องกันโรคเอดส์ พบว่าเจตคติและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

ซู หง (Xu Hong, 1998) ได้ศึกษาเจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจที่จะคลอดโดยการผ่าตัดหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์แรกชาวจีน พบว่า ความตั้งใจที่จะคลอดโดยการผ่าตัดหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์แรกชาวจีนมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับเจตคติต่อความตั้งใจที่จะคลอดโดยการผ่าตัดหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์แรกชาวจีน ($r = .64, p < .000$) และพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อความตั้งใจที่จะคลอดโดยการผ่าตัดหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์แรกชาวจีนสูงกว่าระดับความสัมพันธ์ระหว่างบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงกับทำนายความตั้งใจที่จะคลอดโดยการผ่าตัดหน้าท้อง ($r = .61, p < .000$) นอกจากนี้เจตคติและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจที่จะคลอดโดยการผ่าตัดหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์แรกชาวจีนได้ ร้อยละ 55

ศรัณญา คณิตประเสริฐ (2542) ได้ซึ่งศึกษาทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจที่จะใช้คอมพิวเตอร์ในงานบริการสุขภาพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลหนองคายมีทัศนคติที่จะใช้คอมพิวเตอร์ในงานบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงที่จะใช้คอมพิวเตอร์ในงานบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และความตั้งใจที่จะใช้คอมพิวเตอร์ในงานบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจที่จะใช้คอมพิวเตอร์ในงานบริการสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = .68$) และบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจที่จะใช้คอมพิวเตอร์ในงานบริการสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = .69$)

ปาริชาติ ชูประดิษฐ์ (2543) ได้ศึกษาเจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทน พบว่า สตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนมีเจตคติทางบวกต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระบุว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อการสนับสนุนให้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทั้งเจตคติและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ ร้อยละ 17

เจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจในการคุมกำเนิด

เจตคติเป็นปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุสิ่งของหรือสถานการณ์ต่างๆ ในลักษณะที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล และมีความสำคัญต่อการแสดงออกของบุคคล กล่าวคือ บุคคลมีความรู้สึกหรือมีความเชื่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมตามความรู้สึกหรือความเชื่อนั้นๆ (สุชา จันทร์อม, 2535) คล้ายคลึงกับ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ที่กล่าวว่า เจตคติเป็นเรื่องของจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เจตคติเป็นการรวบรวมแนวคิดและความเชื่อรวมถึงการประเมินรูปแบบของสิ่งที่ดีมากกว่าสิ่งที่ไม่ดีในด้านบวกมากกว่าด้านลบ เจตคติและความเชื่อจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเชื่อ การที่สตรีประเมินได้ว่าการคุมกำเนิดสามารถเลือกมีบุตรตามที่ต้องการเพื่อจำกัดจำนวนบุตรให้เหมาะสมตามฐานะ และป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จะทำให้สตรีมีความต้องการคุมกำเนิด (พัฒน์ สุจันงค์, 2541) การที่สตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มีการรับรู้ผลของการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่มีต่อสุขภาพ มีความเชื่อถือในประสิทธิภาพของการคุมกำเนิด และมีความเชื่อมั่นในประโยชน์ของการคุมกำเนิด จะทำให้สตรียอมรับการคุมกำเนิดมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่ได้รับภาวะแทรกซ้อนภายหลังยุติการตั้งครรภ์ จะมีความต้องการที่จะคุมกำเนิดมาก (สุชาดา ราชกุล, 2542)

บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเป็นปัจจัยทางสังคมอันเกิดจากการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับแรงผลักดันทางสังคมต่อพฤติกรรม (วิภากรณ์ ปัญญาดี, 2535) โดยทั่วไปพบว่า การสนับสนุนจากผู้ใกล้ชิดที่มีความสำคัญ ได้แก่ สมาชิกของครอบครัว และเพื่อนสนิทจะมีความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล (Sallis, Hovell, Hofstetter, & Barrington, 1992) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังให้สตรีมีการคุมกำเนิด พบว่า กลุ่มอ้างอิงที่สำคัญในการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มีดังนี้

1. พยาบาล เป็นกลุ่มที่มีลักษณะการปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความไว้วางใจและเชื่อถือในคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีดูแลสุขภาพ (บุญศรี ปราณศักดิ์ และศิริพร จิรวัดนกุล, 2538) ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2536) กล่าวว่า พยาบาลและแพทย์มีอำนาจเหนือกว่าผู้รับบริการซึ่งเป็นอำนาจที่มาจากพื้นฐานความรู้ทางด้านการแพทย์ ลักษณะวิชาชีพ และอิทธิพลทางสังคมร่วมกับลักษณะความเป็นเจ้านายของพยาบาลและแพทย์อาจเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้รับบริการ

2. แพทย์ เป็นกลุ่มผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการเจริญพันธุ์โดยตรง จากการศึกษาของ ชวนชม สกนธวัฒน์ (2534) ในนักศึกษาระดับอาชีวศึกษา พบว่า เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น วัยรุ่นร้อยละ 37.7 จะปรึกษากับแพทย์ นอกจากนี้ แอดเลอร์ คิจีลิส เออร์วิน และวิบเบิลส์แมน (Adler, Kegeles, Irwin, & Wibblesman, 1990) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการคุมกำเนิดและกระบวนการตัดสินใจของวัยรุ่น พบว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกมีความสำคัญต่อความเชื่อและความตั้งใจในการคุมกำเนิดของสตรี

3. สามีหรือคู่รัก เป็นกลุ่มที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจคุมกำเนิด (ธัญญลักษณ์ ศิริชนะ, 2543) หากสามีหรือคู่รักมีความรู้เกี่ยวกับการอนามัยเจริญพันธุ์จะสามารถช่วยสนับสนุนคู่สมรสในการตัดสินใจใช้การคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัวเพื่อให้มีการปฏิบัติทางเพศที่ปลอดภัยและป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้ด้วย (Wegner, Landry, Wilkinson, & Tzanis, 1998) นอกจากนี้ จันทรัตน์ ระเบียบโลก (2538) ได้ศึกษา เจตคติของกลุ่มสมรสมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของสตรีในประเทศฮ่องกง อินโดนีเซีย และไทย ในการศึกษาที่จะใช้การวางแผนครอบครัว พบว่า สามีหรือฝ่ายชายจะมีส่วนสำคัญเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการวางแผนครอบครัว และการศึกษาเฉพาะกลุ่มในประเทศอินโดนีเซีย พบว่า อิทธิพลของสามีต่อการวางแผนครอบครัวจะมีมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกของการสมรส สำหรับในประเทศไทย งามนิตย์ รัตนานุกูล (2528) ได้ศึกษาสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาและมาพบแพทย์แผนกนรีเวช โรงพยาบาลรามารักษ์เพื่อขอรับการทำแท้งจำนวน 235 คน โดยศึกษารูปแบบการคุมกำเนิดของสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาในเรื่องของความต่อเนื่องของการใช้การคุมกำเนิด ความถูกต้องของวิธีใช้การคุมกำเนิด ชนิดของการคุมกำเนิด ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการใช้การคุมกำเนิด และเหตุผลการหยุดใช้การคุมกำเนิด พบว่าเจตคติของกลุ่มอ้างอิง คือสามีมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติการใช้การคุมกำเนิดในด้านความต่อเนื่องของการใช้การคุมกำเนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. เพื่อน เป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติ ความเชื่อของบุคคล (สุพัตรา สุภาพ, 2537) และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลด้วย (กัลยาณี นาคฤทธิ์, 2541) จากการศึกษาของ วิภากรณ์ ปัญญาดี (2535) พบว่า กลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อวัยรุ่นเป็นอย่างยิ่ง กลุ่มเพื่อนเป็นกลุ่มอ้างอิงที่สำคัญ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นปัจจัยทางสังคมอันเกิดจากการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับแรงผลักดันทางสังคมต่อพฤติกรรม จากรายงานการศึกษาขององค์การอนามัยโลกในประเทศตุรกี ฟิลิปปินส์ อินเดีย และเกาหลี พบว่า เพื่อนมีอิทธิพลต่อการคุมกำเนิดถึง ร้อยละ 91 ร้อยละ 68 ร้อยละ 67 และร้อยละ 54 ตามลำดับ (WHO, 1994) นอกจากนี้ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2534) กล่าวว่า กลุ่มเพื่อนในวัยเดียวกันจะมีอิทธิพลต่อความคิด ความรู้สึก และการกระทำของบุคคลเป็น

อย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วูดวอร์ด (Woodward, 1995) ที่พบว่าในการสื่อสารเรื่องเพศและการคุมกำเนิดวัยรุ่นจะมีความไว้วางใจและเชื่อถือเพื่อนสนิทมากที่สุด

5. มารดา เป็นกลุ่มที่บุคคลมีความใกล้ชิดกับบุตรตั้งแต่เด็ก ในสังคมไทยพบว่าครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่ช่วยขัดเกลาพฤติกรรมต่างๆ ในเรื่องความเชื่อ ค่านิยม และบรรทัดฐานของบุคคล และการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดา (สุพัตรา สุภาพ, 2537) คล้ายคลึงกับรายงานการศึกษาของ แซลลิส โฮเวลล์ ฮอฟสเตเตอร์ และบาร์ริงตัน (Sallis, Hovell, Hofstetter, & Barrington, 1992) ที่พบว่าการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลที่มีความสำคัญ ได้แก่ สมาชิกของครอบครัว จะมีความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล

ความตั้งใจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับแรงจูงใจที่มีผลกระทบต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล กล่าวคือ ความตั้งใจเป็นตัวบ่งชี้ว่าบุคคลมีเจตนาและมีการวางแผนมากน้อยเพียงใดในการกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ซึ่งความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนี้จะคงอยู่จนกระทั่งถึงเวลาและโอกาสที่เหมาะสม บุคคลจึงแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะที่สอดคล้องกับความตั้งใจ (Ajzen, 1988) หรือความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมสามารถช่วยให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้ (Conner & Armitage, 1998) จึงอาจกล่าวได้ว่า พฤติกรรมของบุคคลอยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนั้น หรือความตั้งใจสามารถอธิบายหรือนำไปสู่การกระทำ พฤติกรรมของบุคคลได้ ดังนั้นวิธีที่ดีที่สุดในการอธิบายหรือทำนายพฤติกรรม คือการศึกษาถึงความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม ถ้าสามารถวัดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมแล้วก็จะสามารถอธิบายพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องใกล้เคียงมากที่สุด (Salazar, 1991)

เอจเซนและฟิชไบน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) ได้อธิบายตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลว่า ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดโดยเจตคติต่อการกระทำพฤติกรรมและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการกระทำพฤติกรรม กล่าวคือบุคคลจะตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมเมื่อได้ประเมินแล้วว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นมีผลทางบวก และเชื่อว่ากลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญต่อตนคาดหวังว่าตนควรจะกระทำพฤติกรรมนั้น เจตคติและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมได้

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงต่อความตั้งใจในการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ยังไม่ปรากฏ แต่พบงานวิจัยต่างประเทศและในประเทศศึกษาโดยใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ได้ดังนี้

ในต่างประเทศ จอร์ทเจนเซน และซันสเทการ์ด (Jorgensen, & Sonstegard, 1984) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการทำนายพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดในวัยรุ่น ในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นหญิง 244 คน อายุระหว่าง 13-18 ปี พบว่า หากวัยรุ่นมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด และบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงสามารถทำนายความตั้งใจในการใช้การคุมกำเนิดได้

ฟิชเชอร์ (Fisher, 1984) ได้ศึกษาปัจจัยที่ทำนายความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ของนักศึกษาที่อยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 145 คน พบว่า เจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยและบรรทัดฐานของกลุ่มผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยเป็นตัวทำนายความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ของนักศึกษาชายระดับปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าเจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยมีอิทธิพลต่อความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยมากกว่าบรรทัดฐานของกลุ่มผู้ใกล้ชิด

แอดเลอร์ คีจีลิส เออร์วิน และวิบเบิลส์แมน (Adler, Kegeles, Irwin, & Wibleman, 1990) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นชายหญิง อายุระหว่าง 14-19 ปี จำนวน 325 คน พบว่า บรรทัดฐานของกลุ่มผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยสามารถอธิบายความผันแปรของความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นชายได้ร้อยละ 25

ในประเทศไทยจากการศึกษาอุไรรัตน์ สิงหนาท (2529) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการรับบริการการทำหมันชาย และความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจกับพฤติกรรมในการรับบริการทำหมันชายของประชากรกลุ่มเป้าหมายในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความตั้งใจในการทำหมันชายมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับเจตคติต่อการทำหมันชายและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการทำหมันชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อความตั้งใจในการทำหมันชายสูงกว่าระดับความสัมพันธ์ระหว่างบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการทำหมันชาย และการศึกษาของ ศรีสุดา โกลา (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมทางเพศและอำนาจการทำนายของเจตคติของการใช้ถุงยางอนามัยและบรรทัดฐานของกลุ่มผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของวัยรุ่นชาย พบว่า เจตคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยสามารถทำนายความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยโดยทั้งเจตคติและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงสามารถทำนายความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงคนรักได้ร้อยละ 28

กรอบทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของเอจเซนและฟิชไบน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) มาเป็นกรอบในการศึกษาเจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจในการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งทฤษฎีนี้อธิบายว่าพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลกระทำไปอย่างมีเหตุผล และพฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่อยู่ภายใต้ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งมีปัจจัยที่กำหนด 2 ประการ คือ เจตคติต่อพฤติกรรม และบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมนั้น กล่าวคือ เจตคติต่อการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ร่วมกับบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์จะเป็นตัวกำหนดความตั้งใจในการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยเจตคติต่อการคุมกำเนิดเป็นผลมาจากความเชื่อเกี่ยวกับผลการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการประเมินคุณค่าตามความเชื่อของการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ส่วนบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เป็นผลมาจากความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงในการคุมกำเนิด และแรงจูงใจที่สตรีที่จะปฏิบัติตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงในการคุมกำเนิด ซึ่งได้แก่ สามีหรือคู่รัก เพื่อนสนิท มารดา แพทย์ และพยาบาล ซึ่งเจตคติในการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์อาจร่วมกันทำนายความตั้งใจในการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้ โดยมีน้ำหนักการทำนายเท่าหรือไม่เท่ากัน ซึ่งเจตคติต่อการคุมกำเนิดอาจมีน้ำหนักในการทำนายมากกว่าบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการคุมกำเนิด หรือบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการคุมกำเนิดอาจมีน้ำหนักในการทำนายมากกว่าเจตคติต่อการคุมกำเนิดก็ได้ และอาจมีเพียงเจตคติต่อการคุมกำเนิดหรือบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นตัวกำหนดความตั้งใจในการคุมกำเนิดของสตรีภายหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์