



## การดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมกับทางเลือกตัดสินใจ:

### บทบาทที่ทำนายของพยาบาล

## Caring for Unready - Pregnant Women with Alternative Choice to Making Decision: The Challenging Role of Nurses

บุญมี ภูด่านจัว ปร.ด.\*

Boonmee Phoodaangau PhD\*

### บทนำ

การตั้งครรภ์ไม่พร้อม เป็นปัญหาที่มีความสลับซับซ้อน ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้หญิงที่เผชิญกับภาวะดังกล่าว อีกทั้งกระทบต่อความสัมพันธ์และสถานภาพของครอบครัว และความไม่มั่นใจต่อเป้าหมายในอนาคต หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมจึงถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่เปราะบาง ซึ่งการตัดสินใจต่อการตั้งครรภ์ พฤติกรรมการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ และการเป็นมารดาให้มีคุณภาพอาจเป็นสิ่งที่ยากลำบาก ดังนั้น ผู้ให้บริการควรมีทักษะ ความรู้ ความชำนาญในการให้บริการและให้คำปรึกษา รวมถึงมีระบบการดูแลที่เฉพาะเจาะจง ต่อความต้องการและการพัฒนาศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม อันเกี่ยวเนื่องต่อการตัดสินใจ การตั้งครรภ์ให้มีคุณภาพ ความพร้อมในการดำรงบทบาทการเป็นมารดา และสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นบทบาทที่ทำนายของพยาบาล และบุคลากรทางด้านสุขภาพ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอมุมมองเกี่ยวกับแนวคิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และบทบาทของพยาบาลต่อการดูแลเพื่อช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถตัดสินใจต่อการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นได้โดยเร็ว อันมีผลต่อการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ การพัฒนาบทบาทการเป็นมารดา รวมทั้งการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยผู้เขียนหวังว่าบทความนี้จะเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับผู้ที่สนใจ เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ นำไปสู่สภาวะที่ดีแก่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและครอบครัวต่อไป

### แนวคิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

การตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นปัญหาทั่วโลกที่ส่งผลต่อผู้หญิง ครอบครัว และสังคม<sup>1</sup> อย่างไรก็ตาม แนวคิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร เนื่องจากการนิยามความหมายการตั้งครรภ์ไม่พร้อมมีความแตกต่างกันในหญิงตั้งครรภ์แต่ละบุคคล ในแต่ละช่วงเวลา และในแต่ละสภาวะ ขึ้นอยู่กับเงื่อนไข สาเหตุ และบริบทที่เกี่ยวข้องหลากหลายประการที่นำไปสู่การระบุเหตุผลของหญิงตั้งครรภ์ว่า “การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อม” อาจเป็นเหตุผลหลาย ๆ เหตุผล และอาจเป็นเหตุผลที่มาจากตัวหญิงตั้งครรภ์โดยตรง

จากสามิบุคคลใกล้ชิดหรือสังคม ซึ่งมีผลต่อกระบวนการตัดสินใจ และการให้ความหมายต่อการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสัมพันธ์ภาพกับสามิหรือบิดาของทารกในครรภ์ ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อการปรารถนาการตั้งครรภ์นั้น<sup>2,3</sup>

“การตั้งครรภ์ไม่ได้ตั้งใจ” “การตั้งครรภ์ผิดเวลาหรือในเวลาที่ไม่เหมาะสม” “การตั้งครรภ์ไม่ได้วางแผน” “การตั้งครรภ์ไม่พร้อม” “การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์” หรือ “การตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา” เป็นคำที่ใช้สลับกันไปมา อย่างไรก็ตาม การตั้งครรภ์ไม่ได้ตั้งใจหรือไม่ได้วางแผนไม่ได้หมายความว่า เป็นการตั้งครรภ์

\* อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



ไม่พร้อมเสมอไป ขณะเดียวกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมก็ไม่ได้หมายความว่า เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ หรือไม่พึงปรารถนาเสมอไปเช่นกัน<sup>1</sup> ดังคำนิยามของ National Survey of Family Growth (NSFG) ที่ระบุว่า การตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาหรือไม่ต้องการ (unwanted pregnancy) คือ หญิงนั้นไม่ต้องการบุตรเพื่อเลี้ยงดูต่อไป อนึ่ง หากหญิงนั้นระบุว่าอยากตั้งครรภ์ แต่ยังไม่ใช้เวลานี้ เรียกว่าตั้งครรภ์ในเวลาไม่เหมาะสมหรือผิดเวลา (mistimed pregnancy) โดย NSFG ให้นิยามของการตั้งครรภ์ไม่ได้ตั้งใจ (unintended pregnancy) หมายความว่ารวมถึงการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ และตั้งครรภ์ในเวลาที่ไม่เหมาะสมหรือผิดเวลา<sup>3</sup> แต่คำว่า “การตั้งครรภ์ไม่พร้อม” เป็นคำที่นิยมใช้กันอย่างกว้างขวาง เนื่องจากความรู้สึกที่เกิดจากคำ ก่อให้เกิดความรู้สึกในด้านลบน้อยกว่าคำว่า การตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา ซึ่งอาจสื่อความถึงการไม่พึงปรารถนาในบุตรที่จะเกิดมาหรือทารกในครรภ์ อันจะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของบุตรในอนาคต ดังนั้น การเลือกใช้คำว่า การตั้งครรภ์ไม่พร้อมจึงเหมาะสม และละเอียดอ่อนต่อความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์ไม่พร้อม มีคุณลักษณะอย่างไร มีการศึกษาที่หลากหลายในประเทศดังกล่าว ดังเช่น การตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ ไม่พร้อมไม่ตรงกับความคิดหวังเป็นความไม่พร้อมทางด้านอารมณ์หรือไม่พร้อมที่จะรับบทบาทการเป็นมารดาซึ่งเป็นความไม่พร้อมที่ผู้หญิงจะเตรียมรับสภาพการเป็นมารดาที่มีภาระรับผิดชอบต้องเลี้ยงดูบุตร รวมถึงเป็นการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้เตรียมตัวหรือไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า หรือเป็นการตั้งครรภ์ในโอกาสที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น โดยอาจจะเกิดขึ้นทั้งคู่สมรสที่แต่งงานแล้วและยังไม่ได้แต่งงาน<sup>4,5</sup> ซึ่งมีสาเหตุและเงื่อนไขเชื่อมโยงหลายประการ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และความรู้เท่าไม่ถึงการณ์จากการขาดความรู้เรื่องเพศ<sup>6,7</sup> ส่วนใหญ่การตั้งครรภ์ไม่พร้อมมักเกิดจากการที่หญิงนั้นตั้งครรภ์แล้ว แต่ต่อมาประสบกับปัญหาหรือมีเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น<sup>6</sup> ดังนั้น การตั้งครรภ์ไม่พร้อมจึงนิยามครอบคลุมถึงการตั้งครรภ์ไม่ได้ตั้งใจ ไม่ต้องการ และอาจไม่มีความพร้อมต่อการทำหน้าที่และบทบาทการเป็นมารดา อีกทั้งนิยามของสถานะการตั้งครรภ์สามารถเปลี่ยนแปลง

ได้ ดังเช่น จากการตั้งครรภ์ที่พร้อมเมื่อแรกเริ่มสู่การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในภายหลังหากมีเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้น ตรงกันข้ามสถานะการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในแรกเริ่มอาจถูกทำให้เป็นการตั้งครรภ์ที่พร้อมในภายหลังได้จากกระบวนการและกลไกที่เกิดขึ้น สถานะของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจึงมีความเป็นพลวัตร และสามารถเปลี่ยนแปลงได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น องค์ประกอบสำคัญในการระบุว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่พร้อมหรือไม่ นอกจากทัศนคติ (attitude) หรือการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional response) เกี่ยวกับความต้องการและความตั้งใจแล้ว ควรพิจารณาในด้านพฤติกรรม คือ การวางแผน ซึ่งครอบคลุมถึงการวางแผนใช้วิธีการคุมกำเนิด และจำนวนบุตร รวมถึงเวลาที่เหมาะสมร่วมด้วย ดังเช่น อายุ รายได้ และอาชีพ เป็นต้น<sup>8</sup> ดังนั้น การตั้งครรภ์ไม่พร้อมจึงหมายถึง การตั้งครรภ์โดยที่หญิงนั้นยังไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ หรือรับสภาพการเป็นมารดาไม่พร้อมจะมีบุตร เป็นการตั้งครรภ์ไม่ตรงกับความคิดหวัง ไม่พึงประสงค์ ไม่ได้ตั้งใจ ไม่ได้วางแผน ซึ่งไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใด ๆ ก็ตาม โดยเป็นการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์ที่ระบุว่า การตั้งครรภ์ในขณะหรือช่วงเวลานั้นเป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

## สถานการณ์หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมในประเทศไทย

การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการตั้งครรภ์ไม่พร้อมยังเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเกี่ยวกับการทำแท้ง เป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สำคัญและสามารถอ้างอิงเบื้องต้นต่อจำนวนการตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้ เป็นเสมือนสิ่งสะท้อนซึ่งกันและกัน แต่การทำแท้งเป็นเพียงตัวชี้วัดหนึ่งของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเท่านั้น กล่าวคือ แม้ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมจะตัดสินใจทำแท้ง แต่ก็มีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมส่วนหนึ่งที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อเช่นกัน ดังนั้น การวัดอัตราการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจึงจำเป็นต้องศึกษาในตัวชี้วัดอื่น ๆ ร่วมด้วย และเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลายวิธี อย่างไรก็ตาม อัตราการทำแท้ง ยังคงเป็นข้อมูลสำคัญอย่างยิ่งที่สะท้อนต่อปรากฏการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อม



จากการศึกษาของ Sedgh และคณะ<sup>9</sup>ได้เปรียบเทียบอุบัติการณ์และแนวโน้มของการทำแท้งทั่วโลกตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995-2008 พบว่า อุตบัติการณ์ของการทำแท้งทั่วโลกในปี ค.ศ. 2008 คือประมาณ 43.8 ล้านครั้ง มีแนวโน้มคงที่เมื่อเปรียบเทียบกับ 41.6 ล้านครั้งในปี ค.ศ. 2003 และ 45.6 ล้านครั้งในปี ค.ศ. 1995 และอัตราการทำแท้งทั่วโลกมีอัตราค่าที่ระหว่างปี ค.ศ. 2003 และ 2008 คือ ในอัตรา 29 และ 28 ต่อผู้หญิงอายุ 15-44 ปี จำนวน 1,000 คน ตามลำดับ โดยในปี ค.ศ. 2008 หญิงตั้งครรภ์ประมาณ 1 ใน 5 จะสิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้ง ทั้งนี้ การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 44 ในปี ค.ศ. 1995 เป็นร้อยละ 49 ในปี ค.ศ. 2008 นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มประเทศที่พัฒนาและกำลังพัฒนา พบว่า ในปี ค.ศ. 2003 จำนวนการทำแท้งได้ลดลง 0.6 ล้านครั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแต่มีจำนวนการทำแท้งเพิ่มขึ้น 2.8 ล้านครั้งในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา และการศึกษาของ Shah and Ahman<sup>10</sup> พบว่า ในแต่ละปี มีผู้หญิงทั่วโลกประมาณ 22 ล้านคนที่ทำแท้งไม่ปลอดภัย และส่วนใหญ่เกิดขึ้นเกือบทั้งหมดในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งในปี ค.ศ. 2008 พบว่า ร้อยละ 41 การทำแท้งไม่ปลอดภัยเกิดในหญิงตั้งครรภ์อายุ 15-24 ปี โดยจำแนกเป็นร้อยละ 15 เกิดในหญิงตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี และร้อยละ 26 เกิดในหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-24 ปี

สำหรับประเทศไทย สุวรรณา วรคามิน และนางลักษณ์ บุญไทย<sup>11</sup> ได้ศึกษาสถานการณ์การแท้งในประเทศไทย จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการรายงานจำนวนหญิงที่เข้ามารักษาภาวะแทรกซ้อนจากการแท้งเองและทำแท้งในโรงพยาบาลของรัฐ 787 แห่ง ตลอดปี 2542 ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 45,990 ราย ในจำนวนนี้ ร้อยละ 28.5 เป็นการแท้งเอง อัตราการทำแท้งเท่ากับ 19.54 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 รายในกลุ่มที่ทำแท้งร้อยละ 46.8 มีอายุต่ำกว่า 25 ปี และร้อยละ 30 เป็นวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.2 ทำแท้งเนื่องจากเหตุผลทางเศรษฐกิจและสังคม และร้อยละ 39.8 ทำแท้งเนื่องจากมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ซึ่งเห็นได้ว่าการทำแท้งต่อเด็กเกิดมีชีวิตอยู่ในอัตราสูง อีกทั้งตัวเลขดังกล่าว ได้จากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษา

เท่านั้น ดังนั้น ยังมีหญิงตั้งครรภ์อีกส่วนหนึ่งที่ยุติการตั้งครรภ์และไม่ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลนอกจากนี้ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข<sup>12</sup> ได้พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทยขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2555 พบว่าจากจำนวนผู้ป่วยแท้งที่ยินยอมตอบแบบสอบถาม จำนวน 1,855 ราย จำแนกเป็นการแท้งเอง ร้อยละ 59.7 และเป็นการทำแท้ง ร้อยละ 40.3 ผู้ป่วยที่ทำแท้ง มีอายุต่ำกว่า 25 ปี ร้อยละ 46.5 และอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 24.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.6 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 42.9 และกำลังศึกษาอยู่ ร้อยละ 30.8 ไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์ ร้อยละ 67.5 และพบว่าเป็นการทำแท้งซ้ำ ร้อยละ 12.6 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลระบุเหตุผลที่ตัดสินใจทำแท้งครั้งนี้ ได้แก่ เหตุผลด้านสุขภาพ สังคมหรือครอบครัว และด้านเศรษฐกิจ คิดเป็น ร้อยละ 69.8; 60.2 และ 45.5 ตามลำดับ สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ มีปัญหาด้านการเงิน ร้อยละ 38 ยังเรียนไม่จบ ร้อยละ 28.8 และอายุน้อยเกินไป ร้อยละ 25.1 ซึ่งเห็นได้ว่า จาก 10 กว่าปีที่ผ่านมา แนวโน้มการทำแท้งยังสูง แต่เหตุผลของการทำแท้งยังคงคล้ายคลึงกัน

จากที่กล่าวมาข้างต้น เป็นเพียงข้อมูลที่อาจแสดงปรากฏการณ์ของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้จากตัวเลขอุบัติการณ์ของการทำแท้ง อย่างไรก็ตาม ได้มีการพยายามสำรวจอัตราการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในประเทศไทย โดยสภาสุขภาพแห่งโลก (Global Health Council) ศึกษาพบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2538 - 2543 ประเทศไทยมีอัตราการตั้งครรภ์ไม่พร้อมประมาณ ร้อยละ 40<sup>13</sup> และการศึกษาของ Boonpakdee<sup>7</sup> จากประวัติการตั้งครรภ์ของผู้หญิงอายุ 15-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนกึ่งชนบททั้งเมืองจำนวน 913 คน จำนวนการตั้งครรภ์ 2,463 ครรภ์ พบว่า เป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อมประมาณร้อยละ 45 ทั้งนี้ กลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป มีอัตราการตั้งครรภ์ไม่พร้อมสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น โดยกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี มีอัตราการตั้งครรภ์ไม่พร้อมประมาณร้อยละ 53 ส่วนกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป มีอัตราสูงคือ ร้อยละ 63 ในขณะที่กลุ่มอายุ 20-34 ปี มีอัตราเฉลี่ยอยู่ประมาณร้อยละ 42 และสาเหตุหลักมาจากความไม่พร้อมทางเศรษฐกิจ รองลงมา คือ ขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคุมกำเนิด



และการคุมกำเนิดล้มเหลว และจากข้อมูลย้อนหลัง 8 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2543-2550 ของสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีรายงานไว้ ผู้หญิงส่วนใหญ่ที่มาขอรับบริการเนื่องจากปัญหาตั้งครรภ์ไม่พร้อมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.4; 67.0 และ 72.3 ในปีพ.ศ. 2548; 2549 และ 2550 ตามลำดับ<sup>14</sup>

การทำแท้งเป็นเสมือนทางเลือกหลักของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม และเป็นอุบัติเหตุการตั้งครรภ์ที่สะท้อนถึงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่เกิดขึ้นในสังคมไทยได้อย่างเด่นชัด แต่ด้วยบริบทของสังคมไทยเกี่ยวกับข้อกำหนดทางกฎหมาย บรรทัดฐานทางเพศ วัฒนธรรม ประเพณี และศาสนา ที่ยังไม่ยอมรับการทำแท้ง ดังนั้น ส่วนใหญ่จึงเป็นการทำแท้งผิดกฎหมายหรือไม่ปลอดภัย รวมถึงเป็นข้อจำกัดส่วนหนึ่งในการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เห็นขนาดสถานการณ์ของการทำแท้ง และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมโดยภาพรวมของประเทศไทย ดังนั้น ตัวเลขที่รายงานให้เห็นจึงมีแนวโน้มที่ต่ำกว่าความเป็นจริง อย่างไรก็ตาม ตัวเลขดังกล่าวแสดงให้เห็นได้ว่าสถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการทำแท้งของประเทศไทยเป็นปรากฏการณ์ที่มีแนวโน้มรุนแรงและเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นดัชนีสะท้อนถึงสุขภาวะอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงในปัจจุบันที่ระบบบริการทางด้านสุขภาพควรตระหนักและเฝ้าระวัง

### แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมกับทางเลือกตัดสินใจ: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล

เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อม หญิงตั้งครรภ์ย่อมหาทางออกเพื่อแก้ปัญหาด้วยการตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อหรือยุติการตั้งครรภ์ซึ่งในกระบวนการตัดสินใจเองก็มีขั้นตอนต่าง ๆ มาเกี่ยวข้อง และจำนวนมากต้องเปลี่ยนการตัดสินใจครั้งแล้วครั้งเล่า<sup>15</sup> และไม่ว่าหญิงตั้งครรภ์จะตัดสินใจเลือกทางออกด้วยวิธีการใด ผลกระทบที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลโดยตรงต่อหญิง ประเด็นสำคัญ คือ การตัดสินใจต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่เกิดขึ้นได้ช้าหรือเร็ว นั้น มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองและสุขภาพทารกในครรภ์ การพัฒนาความรู้สึกและบทบาทของการเป็นมารดา การสร้างสัมพันธ์ภาพกับทารกในครรภ์ การ

เตรียมพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร รวมถึงความปลอดภัยในการยุติการตั้งครรภ์ ดังนั้น หากหญิงตั้งครรภ์สามารถตัดสินใจได้เร็วต่อการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้น ย่อมส่งผลต่อการตั้งครรภ์และการเป็นมารดาที่มีคุณภาพ และสุขภาวะอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง จากความสำคัญนี้ พยาบาลเป็นบุคคลที่มีโอกาสดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมอย่างใกล้ชิด จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งเริ่มตั้งแต่การประเมิน การให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำ และการช่วยเหลือ อันอาจส่งผลต่อระยะเวลาการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้เร็วขึ้น

อย่างไรก็ตาม การดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน อาทิเช่น การคัดกรอง การให้คำปรึกษาการดูแลและการส่งต่อเป็นต้น แม้สถานบริการสุขภาพจะพยายามพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาและระบบบริการที่เป็นมิตรขึ้น แต่ผู้รับบริการส่วนหนึ่งยังทุกข์จากการให้บริการที่ไม่เป็นมิตร การตอกย้ำความเจ็บปวดทางจิตใจ ความไม่แน่ใจในการรักษาความลับของเจ้าหน้าที่ และสถานที่ที่ไม่เป็นส่วนตัว เป็นต้น<sup>16</sup> ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมควรอยู่บนความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์โดยตรง ดังการศึกษาของกนกวรรณ ธาราวรรณ<sup>15</sup> พบว่า เมื่อผู้หญิงรู้ตัวว่ากำลังเผชิญกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ผู้หญิงทุกคนพยายามแสวงหาข้อมูล ที่จะสามารถนำมาช่วยแก้ไขปัญหาโดยอยู่บนการคำนึงถึงการรักษาความลับของตนเองด้วย ทั้งนี้ เสียงสะท้อนจากหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม คือ ต้องการบริการให้คำปรึกษา สถานบริการทำแท้งที่ปลอดภัยและถูกกฎหมาย จัดให้มีสถานที่พักชั่วคราวสำหรับรอคลอด มีสถานที่รับเลี้ยงเด็กและสวัสดิการสำหรับแม่ที่เลี้ยงลูกคนเดียว เป็นต้น ซึ่งเป็นการเพิ่มทางเลือกเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจให้แกหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม บนการตัดสินใจด้วยตนเองที่สอดคล้องกับสถานการณ์ เงื่อนไข และศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Muedej และคณะ<sup>16</sup> พบว่า ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ได้แก่ ต้องการข้อมูล ต้องการความปลอดภัยจากการยุติการตั้งครรภ์ และการรักษาความลับ ต้องการคำปรึกษาและการระบายความรู้สึก และต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนทาง



ด้านสังคม เช่น การหางานรองรับ และนมผงเลี้ยงดูบุตร เป็นต้น จะเห็นได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม บนทางเลือกที่หลากหลายในการตัดสินใจ

การเพิ่มทางเลือกในการตัดสินใจให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมบนพื้นฐานแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแนวคิดหนึ่งที่มีความสนใจในการพัฒนา รูปแบบการให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถตัดสินใจต่อการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นได้ โดยเร็ว และสามารถผ่านพ้นช่วงระยะเวลาวิกฤตของชีวิตได้ โดยแนวทางที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมกับทางเลือกตัดสินใจ มีดังนี้

1. รวบรวม ทราบปัญหาและความต้องการ โดยเครื่องมือที่สำคัญคือ การซักประวัติ พยาบาลควรซักประวัติเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของหญิงตั้งครรภ์ให้ได้โดยเร็ว ซักประวัติให้ครอบคลุมข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ เช่น อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา สถานภาพสมรสหรือสัมพันธ์กับสามีหรือคู่รัก เป็นต้น รวมทั้งประวัติครอบครัว ข้อมูลด้านสุขภาพ ประวัติการคุมกำเนิด ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด รวมถึงประวัติการแท้ง ที่สำคัญพยาบาลควรประเมินให้เข้าถึงความคิด ความเชื่อ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมทางเพศ มิตินิยมศีลธรรมและจริยธรรมที่หญิงตั้งครรภ์ยึดถือ เพื่อประเมินถึงสาเหตุการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมอันอาจมีผลต่อการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์และแนวทางการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม นอกจากนี้ การซักประวัติควรเข้าถึงปัญหาและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเสมอ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนดูแลต่อไป

2. ยืนยันการตั้งครรภ์ การวินิจฉัยเพื่อยืนยันการตั้งครรภ์มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบทางเลือกที่หลากหลายในการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม และเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลและการรักษาเพื่อป้องกันอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแก่หญิงตั้งครรภ์ โดยพยาบาลประสานงานกับทีมบริการทางด้านสุขภาพ เพื่อส่งตรวจการตั้งครรภ์และการประเมินอายุครรภ์ ซึ่งแพทย์อาจ

พิจารณาตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound)

3. เสนอทางเลือกและให้เห็นทางออก เครื่องมือที่สำคัญคือ การให้คำปรึกษาบนแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) และการตระหนักรู้ด้วยตนเอง โดยใช้กระบวนการทางปัญญาหรือปัญญบำบัด (cognitive therapy) พยาบาลควรรับฟังปัญหาด้วยความเป็นกัลยาณมิตร ปราศจากอคติ ไม่ตัดสิน ไม่ตอกย้ำ ไม่ซ้ำเติม แต่ช่วยคลี่คลายปมปัญหา ช่วยสะท้อนความรู้สึกและความคิด (เปิดปม) ช่วยวิเคราะห์และมองข้อมูลรอบด้าน มีทางเลือกที่หลากหลาย เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถตัดสินใจได้สอดคล้องกับสถานการณ์และเงื่อนไขชีวิตของตนเอง รวมถึงการส่งเสริมคุณค่าของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม เพื่อให้เข้าใจสภาพปัญหาของตนเองอย่างแท้จริง ลดความรู้สึกผิดหรือโทษตนเอง และเสริมสร้างพลังให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมมีศักยภาพที่จะเลือกหรือหาทางออกที่เหมาะสมให้กับตนเอง (เห็นทางออกอย่างมีเป้าหมายเหมาะสม) ดังนั้น ในกระบวนการให้คำปรึกษา พยาบาลควรเข้าใจปัญหา (แะปัญหาและเข้าถึง) ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมองข้อมูลรอบด้านช่วยคลี่คลายปมสอแตกหักชะด้านความคิดและปัญญา มีทางเลือกที่หลากหลายปรับเปลี่ยนทิศทางการคิดทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์ ลดระดับความรู้สึกผิดหรือความรู้สึกสูญเสียเสริมสร้างพลังอำนาจภายในต่อการเผชิญปัญหา พร้อมช่วยเหลืออย่างจริงใจตั้งกัลยาณมิตรที่เข้าใจหัวอกของผู้รับบริการ<sup>17,18</sup>

4. ให้ความช่วยเหลืออย่างจริงใจ ทั้งนี้กระบวนการช่วยเหลือควรอยู่บนการตัดสินใจด้วยตนเองของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม เพื่อตอบสนองความต้องการและการส่งเสริมศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมโดยมีการประสานงานหรือส่งต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนกฝากครรภ์ แผนกสวัสดิการสังคมและบ้านพระคุณ หรือบ้านพักฉุกเฉินในการให้ความช่วยเหลือทางสังคม แผนกจิตเวช เพื่อช่วยเหลือและเยียวยาทางด้านจิตใจหรือประสานงานกับหน่วยงานในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย กรณีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเลือกตัดสินใจที่จะยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งพิจารณาตามอายุครรภ์ ตลอดจนให้การดูแลรักษาพยาบาลขณะและหรือภายหลัง



หลังยุติการตั้งครรภ์เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย และสามารถดูแลตนเองได้ภายหลังยุติการตั้งครรภ์ รวมถึงการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเพื่อลดการทำแท้งซ้ำ

5. รักษาความลับและติดตามอย่างต่อเนื่อง พยาบาลควรมีกระบวนการติดตามอย่างเป็นระบบภายหลังการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ โดยเป็นการเฝ้าระวังปัญหาหรือภาวะสุขภาพของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งในกรณีตัดสินใจตำรงครรภ์ต่อหรือกรณียุติการตั้งครรภ์ รวมถึงสภาวะจิตใจของผู้รับบริการภายหลังการเลือกตัดสินใจ ที่สำคัญ ควรมีมาตรการรักษาความลับเพื่อป้องกันการเปิดเผยข้อมูลของผู้รับบริการอย่างเคร่งครัด และส่งเสริมให้ผู้รับบริการมั่นใจในการเข้ารับบริการ

อนึ่ง ในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม และหรือครอบครัว สิ่งสำคัญประการแรกคือ พยาบาลควรประเมินตนเองว่ามีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และมีทัศนคติต่อการยุติการตั้งครรภ์อย่างไร เพราะทัศนคติ เป็นปัจจัยที่สำคัญมากต่อการเข้าถึงความจริง ความต้องการ และปัญหาของผู้รับบริการ

### ข้อเสนอแนะต่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม

1. สถานที่และบรรยากาศ สถานที่ในการให้บริการควรสะดวก เข้าถึงได้ง่าย สิ่งแวดล้อมสะอาด บรรยากาศเป็นกันเองและมีความเป็นส่วนตัว น่าไว้วางใจ ให้บริการที่ไม่เร่งรัด ไม่รุกเร็ว หรือลดรอนความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ<sup>15,16</sup>

2. โรงพยาบาลหรือสถานบริการทางสุขภาพ มีมาตรการในการเก็บรักษาความลับของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ<sup>16</sup> ซึ่งเป็นประเด็นด้านจริยธรรมและสิทธิของผู้รับบริการ เช่น ในผู้รับบริการที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นต้น

3. มีทีมบุคลากร หน่วยงาน หรือเครือข่ายที่เข้มแข็งในการรับผิดชอบดูแลในประเด็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในโรงพยาบาล

4. ในการมารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์ พยาบาลควรประเมินให้ครอบคลุม

ปัญหาด้านจิตสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความพร้อมต่อการตั้งครรภ์และการเป็นมารดา เนื่องจากการประเมินไม่ครอบคลุมปัญหาด้านจิตสังคมส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมไม่ได้รับการดูแล ดังนั้น ในแผนกฝากครรภ์ ควรมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินภาวะจิตสังคมในหญิงตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบเพื่อคัดกรองให้ความช่วยเหลือหรือส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้ได้รับคำปรึกษา และการช่วยเหลือได้รวดเร็วและเหมาะสมต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พยาบาล ผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองในแผนกฝากครรภ์ และผู้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ควรประเมินให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและหรือครอบครัว ที่สำคัญ ควรประเมินศักยภาพ และค้นหาปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ดังเช่น สัมพันธภาพของผู้ให้ข้อมูลกับครอบครัว และการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลต่อปฏิกิริยาของสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ให้ข้อมูลร่วมด้วย เพื่อเข้าใจเหตุผล และความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม และสามารถให้บริการที่ตอบสนองต่อปัญหา ความต้องการ และส่งเสริมศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้อย่างเหมาะสม

5. การพัฒนาทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยให้บริการที่เข้าถึง และด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ “ให้บริการด้วยใจ” อนึ่ง การให้คำปรึกษาควรตระหนักต่อความละเอียดทางเพศสภาพ (Gender sensitivity) เช่น ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ วัย ระดับการศึกษา และสถานที่ที่เป็นส่วนตัว พยาบาลไม่เพียงแต่ให้บริการเพื่อให้ผู้รับบริการมีทางเลือกในการตัดสินใจเท่านั้น แต่ควรมีการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมกำลังใจ ความมั่นใจต่อการตัดสินใจ และศักยภาพของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งพบว่าผู้รับบริการรู้สึกมีความมั่นใจ และรู้สึกมีพลังในตนเอง ดังนั้น ควรมีการพัฒนาศักยภาพของผู้ให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องถึงเทคนิคและวิธีการสร้างพลังอำนาจแก่ผู้รับบริการ รวมถึงการศึกษารูปแบบ และลักษณะการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ หรือศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมต่อไป อย่างไรก็ตาม ในการดูแลผู้รับบริการเพื่อให้เกิดพลังอำนาจภายใน



ตนเองดังกล่าว สิ่งที่ยาบาลควรคำนึงคือ การสร้างพลังอำนาจภายในตนเองของยาบาลด้วยการตระหนักรู้ในตนเองเช่นกัน ยาบาลจึงควรหมั่นฝึกฝนทักษะ และเรียนรู้สภาวะจิตใจของตนเอง พิจารณาสะสางอารมณ์ และความคิดของตนเอง ซึ่งเป็นการฟื้นฟูสภาพจิตใจให้ปราศจากอคติ ลดสิ่งขุ่นมัวในจิตใจ และมีพลังในการให้บริการ รวมถึงมีการทำงานเป็นทีม เพื่อลดภาวะขัดแย้ง หรือตึงเครียดทางอารมณ์ของยาบาลหรือผู้ให้บริการ เพื่อให้พร้อมต่อการให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม และหรือครอบครัวอย่างมีคุณภาพ

6. รัฐควรให้บริการเชิงรุก ให้ความสำคัญต่อปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมทั้งการป้องกัน การช่วยเหลือ การส่งเสริมสุขภาพ และการพัฒนาศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เช่น การลดจำนวนของการตั้งครรภ์ไม่พร้อม การเร่งให้ความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ที่ครอบคลุมทั้งเรื่องเพศศึกษา การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เป็นต้น รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลและอุปกรณ์เกี่ยวกับการคุมกำเนิด การพัฒนาหลักสูตร สื่อ ครูหรือวิทยากร และอาสาสมัครต่อการเผยแพร่ความรู้และทักษะเกี่ยวกับเพศศึกษาและการคุมกำเนิดอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ รัฐควรมีสถานบริการทำแท้งที่ปลอดภัย และถูกกฎหมายสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ และเร่งรัดนโยบายขยายความครอบคลุมของบริการทางสังคมโดยจัดหาที่พักพิงชั่วคราวสำหรับรอคลอดและดูแลให้ได้รับบริการฝากครรภ์จนกระทั่งคลอด มีสถานที่รับเลี้ยงเด็กและสวัสดิการสำหรับแม่ที่เลี้ยงลูกคนเดียว เป็นต้น<sup>15,16,19</sup>

7. กระทรวงสาธารณสุขควรจัดให้มีหน่วยงานให้คำปรึกษาทางเลือกแก่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมในโรงพยาบาลทุกจังหวัด พร้อมทั้งฝึกอบรมและพัฒนา ศักยภาพของบุคลากรที่จะทำหน้าที่ให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวที่เผชิญปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมอย่างจริงจัง อีกทั้ง รัฐควรพัฒนาระบบการประชาสัมพันธ์ ให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมมากขึ้น และด้วยความระมัดระวังบนบริบทสังคมวัฒนธรรมไทย ทั้งในโรงเรียน โรงงาน ชุมชน และโรงพยาบาล เป็นต้น<sup>16</sup>

## สรุป

ยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีความสำคัญในการให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมเพื่อให้เกิดสภาวะอนามัยเจริญพันธุ์ที่ดี และหรือการตั้งครรภ์ และการเป็นมารดาที่มีคุณภาพ ดังนั้น ยาบาลควรมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและหรือครอบครัว มีทักษะในการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแก่หญิงตั้งครรภ์และหรือครอบครัว ในการตัดสินใจและพร้อมยอมรับในสิ่งที่ตามมาจากการตัดสินใจนั้น อีกทั้ง ยาบาลควรตระหนักต่อการให้บริการบนความละเอียดอ่อนทางเพศสภาวะ และควรประเมินให้ครอบคลุมถึงปัญหา ความต้องการ ศักยภาพ และปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม เพื่อให้บริการได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อม รวมถึงการพัฒนากระบวนการและรูปแบบในการให้บริการ การติดตาม และการรักษาความลับ และการพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมและหรือครอบครัวที่มีคุณภาพต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. Klima CS. Unintended pregnancy consequences and solutions for a worldwide problem. *Journal of Nurse-Midwifery* 1998; 43(6): 483-491.
2. Kroelinger C, Oths KS. Partner support and pregnancy wantedness. *BIRTH* 2000; 27(2): 112-119.
3. Stanford JB, Hobbs R, Jameson P, DeWitt MJ, Fischer RC. Defining dimensions of pregnancy intendedness. *Maternal and Child Health Journal* 2000; 4(3): 183-189.
4. ตรึงเนตร พรณดวงเนตร. บริการสังคมที่หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาต้องการ. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2538.



5. ศุภมาศ เศรษฐพงษ์กุล และเพ็ญศรี จงสถิตย์เสถียร. ทางสองแพร่งสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การให้บริการสังคมเพียงพอหรือยัง. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์ 2540; 37(2): 47-70.
6. Ratchukul S. Unwanted pregnancy and the decision of abortion. [Dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 1998.
7. Boonpakdee N. Relationship between pregnancy intention and outcome of pregnancy: An in – depth study of two communities. [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2006.
8. Klerman LV. The intendedness of pregnancy: A concept in transition. Maternal and Child Health Journal 2000; 4(3): 155-162.
9. Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet 2012; 379(9816): 625-632.
10. Shah IH, Ahman E. Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women. Reproductive Health Matters 2012; 20(39): 169-173.
11. สุวรรณ วรคามิน และนางลักษณ์ บุญไทย. สถานการณ์การแท้งในประเทศไทย ปี 2542. สถานการณ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม, 2545; 7(5). [อ้างเมื่อ 14 ตุลาคม 2556], จาก <http://advisor.anamai.moph.go.th/factsheet/POP7-5.HTM>
12. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทยปี 2555. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ (สำนักงานกิจการโรงพิมพ์); ม.ป.ป.
13. ณัฐยา บุญภักดี. การตั้งท้องไม่พร้อมและข้อเสนอเชิงนโยบาย. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ), ถึงเวลาต้องเข้าใจและแก้ไข... ความรุนแรงทางเพศ เอดส์และท้องไม่พร้อม (หน้า 47-72). กรุงเทพฯ: เดือนตุลา; 2552.
14. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2552: เพื่อสุขภาวะแห่งมวลมนุษยชาติ ยุติความรุนแรง. นครปฐม: อมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2552.
15. กนกวรรณ ธาราวรรณ. บันทึกประสบการณ์ของผู้หญิงที่ตั้งท้องเมื่อไม่พร้อม. (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: โครงการรณรงค์เพื่อสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ สภาประชากร; 2545.
16. Muedej M, Phoodaangau B, Thepudomporn N, Mulsingh S, Haemin J, Jenpoomjai N, Saomon J. Problems, health care needs, and potential of unwanted pregnant women at Samut Prakan Province. [Research]. Samut Prakan: Samut Prakan Hospital; 2011.
17. Phoodaangau B, Deoisres W, Chunlestskul K. To change the direction of ideas: Strategies to become a mother of schoolgirls who became pregnant unintentionally. Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division 2013; 31(1): 150 – 161.
18. Chuenplee B. The effects of cognitive therapy on depression caused by unwanted pregnancy. [Thesis]. Chonburi: Burapha University; 2008.
19. สร้อยอนุสรณ์ธีรกุล. การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น: การทำแท้งไม่ปลอดภัย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2556; 36(3):161-167.