

การทำแท้ง : วิธีการเข้าถึงข้อมูล

ชลิดา เกษปประดิษฐ์*

บทนำ

ในประเทศที่การทำแท้งเป็นสิ่งผิดกฎหมาย การได้มาซึ่งข้อมูลเรื่องการทำแท้งเป็นสิ่งที่ยากยิ่ง มีนักวิชาการหลายคน หลายหน่วยงานได้พยายามที่จะศึกษาวิเคราะห์ วิจัยหลายวิธีการเพื่อที่จะให้ได้มาซึ่งข้อมูลการทำแท้งที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด ตลอดจนหาวิธีการคาดประมาณขนาดของปัญหาการทำแท้ง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีโดยตรง นอกจากนั้นยังเป็นปัญหาทางด้านสังคม วัฒนธรรมของประเทศด้วย ในเบื้องต้นข้อมูลการทำแท้งที่มีผลต่อการป่วยและการตายของสตรีมักจะได้จากสตรีที่ทำแท้งและมีภาวะแทรกซ้อนจนเข้าโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมีผลต่ออัตราป่วยและอัตราตายของสตรีเนื่องจากการทำแท้ง ซึ่งขึ้นอยู่กับ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประเทศ วิธีการทำแท้ง อายุครรภ์ ความชำนาญของผู้ประกอบการทำแท้ง ที่จะมีผลต่อภาวะแทรกซ้อนนั้น (Liskin, 1980) และก็มีความเป็นไปได้ อีกเช่นกันที่สตรีที่มีภาวะดังกล่าวจะไม่เข้าโรงพยาบาลทั้งหมด โดยอาจจะเสียชีวิตก่อน ถ้ามีอาการมากและการเข้าถึงสถานบริการลำบาก หรือวิธีการที่ทำให้มีอาการแทรกซ้อนน้อยก็อาจไม่จำเป็นต้องเข้าโรงพยาบาล และเมื่อเข้าโรงพยาบาลแล้วจะเป็นการทำแท้งทั้งหมดเลยหรือไม่ ก็ต้องมาพิจารณาวิธีการหาข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง ดังที่กล่าวแล้วว่าในประเทศที่การทำแท้งเป็นสิ่งผิดกฎหมาย สตรีน้อยคนนักที่จะยอมบอกความจริง ขึ้นอยู่กับวิธีการสัมภาษณ์ที่จะได้ข้อมูลจากคนไข้มากที่สุด ประกอบกับอาการที่มาถึงโรงพยาบาลรวมทั้งประวัติอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีนั้น

นอกจากจะได้ข้อมูลจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลแล้ว ยังมีอีกหลายวิธีการในการที่จะได้มาซึ่งข้อมูลการทำแท้ง โดยเฉพาะการทำแท้งที่ผิดกฎหมายที่ไม่มีรายงานไว้ แต่จะมีผู้ศึกษาโดยใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อที่จะได้ทราบขนาดของปัญหา หรือเป็นแนวทางในการวิจัยหรือแก้ปัญหาสาธารณสุขต่อไป ซึ่งผู้เขียนได้ศึกษาจากเอกสารต่าง ๆ และได้จัดเป็น 5 ประเภท ดังนี้

* กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
E-mail: cgesprad@loxinfo.co.th

1. การศึกษาข้อมูลการทำแท้งจากโรงพยาบาล

ในระยะแรกจะได้ข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้าโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ ซึ่งจะมีทั้งที่แท้งเองและทำแท้งโดยไม่สามารถจำแนกได้ละเอียด ขึ้นอยู่กับคำบอกเล่าของผู้ป่วยที่จะบอกว่าแท้งเองเป็นส่วนใหญ่ ที่บอกว่ามีการทำแท้งน้อยมาก ถ้าอาการไม่ปรากฏชัดเจนหรือบางครั้งจำแนกไม่ได้ว่าเป็นการแท้งชนิดไหน เช่น Chaturachinda, et al. (1981) ได้ศึกษาในโรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ในช่วงเวลา 18 เดือนในคนไข้แท้ง 1,700 คน พบว่ามีการทำแท้งเพียงร้อยละ 13 และทำนอกโรงพยาบาลที่เป็นการทำที่ผิดกฎหมาย ส่วนคนไข้ที่ทำในโรงพยาบาลจะทำการรักษาเท่านั้นร้อยละ 47 และเป็นการแท้งเองร้อยละ 30 และส่วนที่เหลือร้อยละ 10 ไม่สามารถจำแนกได้ว่าเป็นการทำแท้งนอกโรงพยาบาลหรือการแท้งเอง โดยคนไข้จะกรอกแบบสอบถามเองและตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่อีกครั้งหนึ่งซึ่งจะมี 4 ส่วนคือ ลักษณะทางประชากรและสังคม ประวัติอนามัยการเจริญพันธุ์ อาการที่มาโรงพยาบาล และการคุมกำเนิดหลังแท้ง

Binkin, et al. (1984) ได้ศึกษาสตรีที่มารับการรักษาอาการแทรกซ้อนจากการทำแท้งในประเทศมาลี ใน 15 โรงพยาบาลในเวลา 1 ปี สัมภาษณ์ คนไข้ 1,031 คนโดยแพทย์ พยาบาล และผดุงครรภ์ จำแนกผู้ป่วยเป็นการทำแท้งโดยดุษณีพิณของผู้สัมภาษณ์ประกอบด้วย วิธีการทำแท้งและผู้ประกอบการทำแท้งในรายงาน พบว่ามีการทำแท้งเพียง 113 รายหรือร้อยละ 11 ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการแท้งเองร้อยละ 75 และไม่สามารถจำแนกได้ร้อยละ 14 ของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นว่าไม่มีคำตอบใดชัดเจนขึ้นเกี่ยวกับ ลักษณะสังคมสิ่งแวดล้อมและความเห็นของแพทย์

Figa-Talamanca, et al. (1986) ได้พยายามที่จะมีการจำแนกประเภทการแท้งในโรงพยาบาลให้ชัดเจนขึ้น โดยมีการสำรวจใน 4 ประเทศ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในโรงพยาบาล ประเทศตุรกี 3 โรงพยาบาล ในประเทศไนจีเรีย 3 โรงพยาบาล ในประเทศเวเนซุเอลา 2 โรงพยาบาล และในประเทศมาเลเซีย 2 โรงพยาบาล โดยจำแนกผู้ป่วยเป็น induced เมื่อผู้ป่วยบอกเองหรือมีอาการปรากฏ เช่น มีการฉีกขาดหรือมีสิ่งแปลกปลอม (foreign body) หลุดออกมาจากช่องคลอด หรือ probably induced เมื่อมีการอักเสบในช่องท้อง และเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยมีการใช้วิธีคุมกำเนิดอยู่ หรือ possibly induced เมื่อมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง

ของ probably หรือ spontaneous เมื่อไม่มีสาเหตุดังกล่าวข้างต้น หรือ unknown เมื่อไม่สามารถจำแนกสาเหตุได้ วิเคราะห์ลักษณะทางประชากรและสังคมของทั้งผู้ป่วย induced และ spontaneous โดยใช้ discriminant function และคาดประมาณการทำแท้งจากสัดส่วนของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีอาการแทรกซ้อนเนื่องจากการทำแท้งที่ผิดกฎหมาย ทดสอบความเชื่อมั่นโดยการสำรวจชุมชนจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 6 เดือน ซึ่งพบว่ารายงานต่ำกว่าความเป็นจริงมาก (under-reported) โดยเฉพาะประเทศไนจีเรียซึ่งพบว่ามี การย้ายถิ่นสูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ย้ายที่อยู่หลังจากออกจากโรงพยาบาล

ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีการหาข้อมูลการทำแท้งในโรงพยาบาลได้รับความสนใจน้อยลง หลายประเทศมีการทำแท้งถูกกฎหมายมากขึ้น โดยเฉพาะในยุโรป (David, 1992) แต่ในประเทศกำลังพัฒนา เช่น ลาตินอเมริกา เอเชีย และแอฟริกาส่วนใหญ่การทำแท้งยังผิดกฎหมายอยู่ ข้อมูลคนไข้แท้งในโรงพยาบาลยังเป็นที่สนใจของนักวิจัยหลายคน เช่น ในการคาดประมาณระดับการทำแท้งใน บราซิล โคลัมเบีย และเปรู โดยใช้ข้อมูลจากผู้ป่วยในโรงพยาบาลและการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ (Singh and Wulf, 1991) พบว่ามีปัญหาในการจำแนกการแท้งเอง และการทำแท้ง เนื่องจากการทำแท้งเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายส่วนใหญ่จะรายงานเป็นการแท้งเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลจะเป็นเพียงส่วนน้อยของคนทำแท้งทั้งหมด และสตรีส่วนใหญ่จะไม่บอกความจริง มักจะบอกว่าเป็นการแท้งตามธรรมชาติ ถึงแม้ประเทศที่มีการทำแท้งที่ถูกกฎหมาย เช่น สหรัฐอเมริกา ก็พบว่ารายงานต่ำกว่าความเป็นจริง ถึงร้อยละ 65 ในปี 1988 (Jones and Forrest, 1989 and 1990 cited in Singh and Wulf, 1991)

การคาดประมาณการแท้งเอง โดยใช้หลักทางชีวภาพ (biology incidence) โดยคาดว่า การแท้งตามธรรมชาติที่ต้องเข้าโรงพยาบาล จะอยู่ในช่วงอายุครรภ์ 17-27 สัปดาห์ ในแคนาดา และอเมริกาจะสูงถึงร้อยละ 5 ของการเกิด ทั้งนี้เนื่องจากความครอบคลุมของสถานบริการค่อนข้างจะทั่วถึง (Narod and Khazen, 1989, Lawrence, 1986 cited in Singh and Wulf, 1991) การศึกษาสตรีตั้งครรภ์ใน แคลิฟอร์เนีย พบว่าการแท้งตามธรรมชาติจะเป็นร้อยละ 2.48 ของการเกิดมีชีวิต และอยู่ในช่วงอายุครรภ์ 17-27 สัปดาห์ที่ต้องเข้าโรงพยาบาล (Harlap, et al., 1980 cited in Singh and Wulf, 1991) แต่การคาดประมาณการทำแท้งจากสตรีทั้งหมดเป็นสิ่งที่ยากยิ่งกว่า ตัวเลขที่ได้จะเป็นภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการแท้ง จนเกิดอันตรายจนต้องเข้า

โรงพยาบาล ประเทศที่มีความก้าวหน้าทางด้านบริการทางการแพทย์ อาการแทรกซ้อนเนื่องจากการทำแท้งจะเกิดน้อย เช่น โคล้มเบีย และบราซิด ประมาณ 1 ใน 7 ของสตรีที่ทำแท้งจะเข้าโรงพยาบาล (Frejka, 1990 cited in Singh and Wulf, 1991) ในเปรู 1 ใน 3 ของสตรีที่ทำแท้งจะเข้าโรงพยาบาล (Liskin, 1980, Freijka and Atkin, 1990 cited in Singh and Wulf, 1991) ในเปรูและบราซิล ไม่มีการเก็บข้อมูลเป็นระบบ ในเปรูจะใช้การสุ่มโรงพยาบาลมาหาจำนวนคนใช้ในบราซิลจะใช้ข้อมูล 2 ชุด คือการสุ่มสำรวจในโรงพยาบาล และข้อมูลจาก DHS ส่วนในโคลัมเบียมีการเก็บรายงานคนใช้เป็นระบบ และใช้การคาดประมาณการแท้งตามธรรมชาติมาลบออกจากคนไข้ที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด จะได้คนไข้ที่ทำแท้ง และใช้ข้อมูลทางด้านสาธารณสุขอื่น ๆ มาประกอบการคาดประมาณ

ในอาฟริกา Justesen, Kapiga and Asten (1992) ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยแท้งในโรงพยาบาลใน Tanzania. 300 คน ในเวลา 3 เดือน 1 โรงพยาบาล ผู้ป่วยเกินครึ่ง 155 คนบอกเป็นการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา และบอกว่าเป็นการทำแท้ง ร้อยละ 31 ส่วนที่เหลือจะบอกว่าเป็นการแท้งเองร้อยละ 69 นับเป็นอัตราที่ค่อนข้างดีขึ้น (ตารางที่ 1) และในช่วงเวลานั้น Barreto, et al. (1992) ได้วิเคราะห์ถึงวิธีการหาข้อมูลและปัญหาที่เกิดขึ้นพบว่า ปัญหาในการจำแนกผู้ป่วยทำแท้ง คืออาการแทรกซ้อนของการทำแท้ง และการตาย เนื่องจากการยากที่จะเลือกขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม ความยากในการเก็บข้อมูล และอาจจะมี การตายเกิดขึ้นก่อนถึงโรงพยาบาล ซึ่งพบมากในประเทศกำลังพัฒนา จึงพบผู้ป่วยทำแท้งน้อยมาก ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากหลายแหล่งประกอบกัน การสำรวจจำเป็นจะต้องทำในกรณีที่มีการเก็บสถิติไม่สมบูรณ์ และควรมีการฝึกอบรมคนสัมภาษณ์เพื่อที่จะได้ข้อมูลที่ถูกต้อง หรือการที่จะให้ผู้ตอบแบบสอบถามเอง ก็ต้องมีจำนวนตัวอย่างที่มากพอ การสุ่มตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมก็อาจจะทำให้ขนาดปัญหาลดลง รวมทั้งการวินิจฉัยที่ผิดพลาด จะทำให้ผลการวิจัยเปลี่ยนทิศทางไป ซึ่งความแน่นอนของข้อมูลก็อาจจะขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่าง เช่น สตรีที่อายุน้อยมักจะบอกความจริงมากกว่าสตรีอายุมาก ข้อมูลจากแหล่งบริการก็เป็นข้อมูลหนึ่งที่จะช่วยทำให้ข้อมูลชัดเจนขึ้น ทั้งนี้สถานบริการทางด้านสาธารณสุขต้องครอบคลุมพื้นที่ ในการศึกษาย้อนหลัง แหล่งข้อมูลและการเลือกตัวอย่างที่ไม่เบี่ยงเบนเป็นสิ่งสำคัญ

การศึกษาความสัมพันธ์ของการทำแท้งต่อการคุมกำเนิดและภาวะเจริญพันธุ์ในบราซิล โคลัมเบีย และ เม็กซิโก (Singh and Sedgh, 1997) ในทศวรรษที่ 1970, 1980 และ 1990 โดยวิเคราะห์จากข้อมูลการคาดประมาณประชากร อัตราการคุมกำเนิด อัตราเจริญพันธุ์ และจำนวนสตรีที่เข้ารับการรักษาอาการแทรกซ้อนจากการทำแท้งในโรงพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่ตรวจสอบการลงรหัสกลุ่มโรคในโรงพยาบาลว่ามีการลงถูกต้องหรือไม่ว่ารับข้อมูลที่ไม่ได้รายงานและการตกจุด จากสถานบริการภาคเอกชนโดยดูจากขนาดของสถานบริการ จำนวนคนไข้ที่รับการรักษาด้วยอาการแทรกซ้อนจากการทำแท้ง การคาดประมาณการแท้งตามธรรมชาติ โดยดูจากระยะเวลาที่ตั้งครรภ์ (gestation) ถ้าอยู่ในช่วง 13-22 สัปดาห์ไม่ว่าจะแท้งเองหรือทำแท้ง มักจะเกิดอาการแทรกซ้อนที่ต้องเข้าโรงพยาบาล ซึ่งประมาณร้อยละ 3.4 ของการเกิดมีชีพ โดยเปรียบเทียบกับผลการสำรวจ DHS ของแต่ละประเทศ จะได้จำนวนการแท้งตามธรรมชาติ ลบออกจากจำนวนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนที่เหลือจะเป็นการทำแท้ง การคาดประมาณการทำแท้งนอกโรงพยาบาล โดยคาดประมาณอย่างหยابว่าสตรีทุกคนที่ทำแท้งต้องเข้าโรงพยาบาล หรือ ทุก 2 คนที่มีการทำแท้งจะเข้าโรงพยาบาล 1 คน ซึ่งจะดูจากความครอบคลุมของสถานบริการ ทั้งภาครัฐและเอกชนในแต่ละช่วงเวลา และหาตัวคูณที่เหมาะสมในการคาดประมาณการทำแท้งแต่ละประเทศ

การคาดประมาณในฟิลิปปินส์และบังคลาเทศ ของ Singh, et al. (1997) ได้ศึกษาจากข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคแท้งในโรงพยาบาล ในฟิลิปปินส์ระบบข้อมูลยังไม่ครอบคลุมจึงได้มีการปรับข้อมูลจากโรงพยาบาลให้ครอบคลุมมากที่สุด โดยใช้ Regression equation หาจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลแต่ละระดับ แล้วแยกผู้ป่วยทำแท้งออกจากผู้ป่วยที่แท้งเองตามธรรมชาติ จากการตั้งครรภ์ (gestation) สัดส่วนของการเกิดมีชีพ (live birth) ต่อการตั้งครรภ์และต่อประชากร คาดว่าสตรีที่แท้งระหว่าง 13-22 สัปดาห์จะต้องเข้าโรงพยาบาลเพื่อรักษาอาการแทรกซ้อน มีประมาณ ร้อยละ 2.89 ของการตั้งครรภ์ และการเกิดมีชีพมีประมาณร้อยละ 84.8 ของการตั้งครรภ์ ดังนั้นการแท้งจึงเท่ากับร้อยละ 3.41 ของการเกิดมีชีพ เมื่อทราบจำนวนการเกิดมีชีพก็สามารถทราบจำนวนการแท้งได้ ซึ่งมีประมาณเกือบ 20,000 คน ประมาณ ร้อยละ 20 ของสตรีที่เข้าโรงพยาบาลด้วยโรคแท้งทั้งหมด ดังนั้นสตรีที่เหลืออีก 80,000 คนจึงเป็นการทำแท้งในบังคลาเทศ จะแตกต่างจากฟิลิปปินส์เนื่องจากสามารถทำการปรับประจำเดือนได้ (Menstruation Regulation) แต่ระบบรายงานไม่เป็นมาตรฐาน และไม่มีสถิติอื่น ยกเว้นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบางแห่ง

ดังนั้นจำนวนคนไข้ที่มีอาการแทรกซ้อนจากโรงพยาบาลจึงได้จากการสุ่มตัวอย่างโรงพยาบาล การสำรวจโรงพยาบาลตัวอย่าง 110 โรง ประมาณร้อยละ 15 ของโรงพยาบาลทั้งหมด เป็นการสุ่มแบบเป็นระบบ (systematic area sampling) สัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลเกี่ยวกับจำนวนคนไข้ที่ได้รับการรักษาอาการแทรกซ้อน 1) ถามจำนวนคนไข้แต่ละเดือน แยกคนไข้ในและคนไข้ นอก 2) ถามจำนวนเฉลี่ยของคนไข้แต่ละสัปดาห์ โดยแยกแต่ละตึกของผู้ป่วย ตรวจสอบข้อมูลจากการสัมภาษณ์และจำนวนคนไข้แต่ละตึก เปรียบเทียบจำนวนคนไข้กับ 3 โรงพยาบาลใหญ่กับการสำรวจ แล้วเลือกตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของทุกโรงพยาบาลในประเทศ ที่มีคนไข้มีอาการแทรกซ้อนจากการทำแท้งให้ครอบคลุมทั้งหมด ได้ 13 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 17 อำเภอ (district) ใน 59 อำเภอ 55 thana ใน 372 thana และอีก 25 voluntary facilities ถ่วงน้ำหนัก (weigh) ข้อมูลในแต่ละระดับ ยกเว้นโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัยเพราะเป็นตัวอย่างทุกโรง รวม 110 โรง ได้คนไข้ 24,400 คน เมื่อทำการถ่วงน้ำหนักแล้ว คาดว่าจะมีคนไข้ทั้งหมดในบังคลาเทศ 90,800 คนในปี 1996 จากคำถามในการสำรวจคาดว่า เกือบ 19,000 คนเป็นการแท้งตามธรรมชาติ (21% ของคนไข้ที่มีอาการแทรกซ้อนในโรงพยาบาล) 19,300 เป็นคนไข้ในการปรับประจำเดือน ส่วนที่เหลือจึงเป็นคนไข้ทำแท้งทั้งหมด 52,400 คน

World Health Organization (WHO), 1996 ได้ศึกษาการจำแนกประเภทการทำแท้งในโรงพยาบาลจากหลายแหล่งข้อมูล เพื่อที่จะได้ข้อสรุปเป็นแนวทางในการศึกษาการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย หรือการทำแท้งที่ผิดกฎหมายดังนี้

- **เป็นการทำแท้งแน่นอน (Certainly induced abortion) :** เมื่อผู้ป่วยบอกด้วยตัวเอง หรือมีผลการตรวจ หรือ มีแผลฉีกขาด หรือ มีสิ่งแปลกปลอม (foreign body) หลุดออกมาจากช่องคลอด
- **น่าจะเป็นการทำแท้ง (Probably induced abortion) :** เมื่อผู้ป่วยมีอาการซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ทางอ้อมว่าเกิดจากการทำแท้ง ได้แก่ การติดเชื้อ และหรือ ช่องท้องอักเสบ และมีประวัติตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ (กำลังใช้วิธีคุมกำเนิดอยู่ หรือยังไม่ต้องการบุตร)
- **อาจเป็นการทำแท้ง (Possibly induced abortion) :** มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งของ Probably induced abortion

- **การแท้งตามธรรมชาติ (Spontaneous abortion) :** ไม่มีอาการดังที่กล่าวมาแล้ว หรือ ผู้ป่วยบอกว่าจะตั้งใจที่จะตั้งครรภ์

WHO ได้จำแนกประเภทการแท้งออกเพียง 4 ประเภท แต่ที่จริงแล้วยังมีคนไข้ที่ต้องทำแท้งเพื่อการรักษาอีกประเภทหนึ่ง ซึ่งนักวิจัยหลายคนไม่ได้พูดถึงยกเว้น Chaturachinda, et al., 1981 ซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยเฉพาะประเทศที่การทำแท้งเป็นสิ่งผิดกฎหมาย

ตารางที่ 1: ร้อยละของการจำแนกประเภทการแท้งในประเทศต่าง ๆ

ประเทศ	การทำแท้ง แน่นอน	น่าจะเป็น การทำแท้ง	อาจเป็น การทำแท้ง	การแท้งเอง	การทำแท้ง เพื่อการรักษา	จำแนก ไม่ได้
ไทย ¹	13	0	0	30	47	10
Mali ²	11	0	0	75	0	14
ตุรกี ³	23 ¹	1	35	35	0	6
ไนจีเรีย ³	10	1	10	62	0	17
เวเนซุเอลา ³	1.5	36.6	15.5	46.0	0	4.4
มาเลเซีย ³	32	2	38	28	0	0
แทนซาเนีย ⁴	31	0	0	69	0	0
แอฟริกาใต้ ⁵	6.7	34.5	43.4	6.7	0	0
อียิปต์ ⁶	5	2	58	35	0	0

Sources: 1. Chaturachinda, et al., 1981
 2. Binkin, et al., 1984
 3. Figa-Talamanca, et al., 1986
 4. Justesen, Kapiga and Asten, 1992
 5. Jewkes, et al., 1997
 6. Huntington, et al., 1998

จากตารางที่ 1 จะเห็นว่าการหาข้อมูลการทำแท้งในโรงพยาบาลยังมีผู้สนใจอีกหลายคน และพยายามจะวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของการปฏิบัติที่ผ่านมาเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยใน

อนาคต โดย Jewkes, et al. (1997) ได้ศึกษาในแอฟริกาใต้ โดยวิเคราะห์ถึงมาตรฐานของ WHO ในการจำแนกประเภทการแท้ง ที่ใช้งานของ Figa (1986) เป็นพื้นฐาน มีความเห็นหลากหลาย ในการจำแนกการแท้ง โดยเฉพาะงานของ Figa ไม่ได้พูดถึงการติดเชื้อในกระแสโลหิต (sepsis) และการติดเชื้อในช่องท้อง (peritonitis) และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เมื่อการคุมกำเนิดล้มเหลว ซึ่งจะเป็นข้อด้อยในประเทศที่การคุมกำเนิดไม่แพร่หลาย และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์นั้น อาจจะเป็นการแท้งตามธรรมชาติได้ (spontaneous abortion) โดยส่งแบบฟอร์มการเก็บข้อมูล จากผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนจากการแท้งในโรงพยาบาล 61 โรง ได้ข้อมูลตอบกลับมาร้อยละ 92 จำนวน 803 ชุด โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนที่ สูง กลาง ต่ำ ซึ่งคำตอบ Certainly induced จะค่อนข้างมากในผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนมาก และพบคำตอบ Probably induced ในผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อน สูง และปานกลางใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 37.9 และ 34.5 ตามลำดับ คำตอบ Possibly induced จะค่อนข้างสูงในผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนขนาดปานกลาง ร้อยละ 43.4 คำตอบ Spontaneous จะพบในผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนน้อยเป็นส่วนใหญ่ถึง ร้อยละ 91.9

การศึกษาของ Huntington, et al. (1998) ในอียิปต์ ก็พบในลักษณะเดียวกัน โดย การสุ่มสำรวจโรงพยาบาลของรัฐ 569 โรง เพื่อถามการรักษาค้นใช้หลังแท้ง (postabortion) ใน โรงพยาบาล ในช่วง 30 วัน และใช้ DHS ของอียิปต์ประกอบการคาดประมาณ พบว่าเพียง 1 ใน 5 ที่เข้าโรงพยาบาลทั้งที่แท้งเองและทำแท้ง เพียงร้อยละ 5 ที่ระบุว่าเป็นการทำแท้ง มากกว่า 1 ใน 3 ที่ระบุว่าเป็นการแท้งเอง ส่วนใหญ่อาจเป็นการทำแท้ง (possibly induced) ร้อยละ 58

ถึงแม้ข้อมูลการทำแท้งในโรงพยาบาลจะเป็นส่วนน้อยในชุมชนก็ตาม แต่จะเป็นข้อมูล เกี่ยวกับสุขภาพของสตรีโดยตรง ที่ส่งผลต่อปัญหาทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศ แม้จะมีความยุ่งยากในการแยกประเภทการทำแท้งในระยะแรก แต่ก็มีการพัฒนาทางด้านการวิจัย มากขึ้น โดย Figa (1986) ได้จำแนกประเภทละเอียดขึ้นโดยพยายามหาข้อมูลจากคนไข้ให้ได้มากที่สุด มีการไปสำรวจซ้ำทำให้ข้อมูลชัดเจนขึ้น ยกเว้นในประเทศไนจีเรียที่ตามคนไข้ไม่ได้จึง ทำให้มีความไม่แน่นอนสูง ซึ่งอาจจะเป็นการสำรวจขนาดใหญ่มีการเปรียบเทียบหลายประเทศ จึงทำให้ข้อมูลค่อนข้างจะหลากหลาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระบบรายงานผู้ป่วยของแต่ละประเทศด้วย จะเห็นว่าในลาตินอเมริกาไม่สามารถจำแนกประเภทการแท้งในโรงพยาบาลได้ แต่จะใช้การคำนวณ

จากการเกิดมีชีพ ซึ่งมีผู้ทำไว้แล้วนำมาปรับใช้กับข้อมูลของแต่ละประเทศ เช่น ในฟิลิปปินส์และบังคลาเทศ และในการสัมภาษณ์ผู้สัมภาษณ์ควรมีพื้นฐานความรู้ทางด้านการแพทย์บ้าง จะเห็นว่า Jewkes, et al. (1977) ทำในอาฟริกาได้ประเทศเดียวแต่ทำหลายโรงพยาบาลและหลายระดับทั่วประเทศและให้แพทย์มาวิเคราะห์ถึงอาการของผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่ง ยิ่งทำให้เกิดความไม่ชัดเจนยิ่งขึ้น เนื่องจากขึ้นอยู่กับความเห็นของแพทย์แต่ละคน เช่นเดียวกับ Huntington, et al. (1998) แต่ Huntington ใช้การสำรวจ Demographic and Health Survey ช่วย จึงทำให้คาดประมาณได้ ซึ่งการใช้ข้อมูลของโรงพยาบาลแต่อย่างเดียวไม่สามารถหาขนาดของปัญหาได้ เพราะสตรีที่มาโรงพยาบาลเป็นเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ยิ่งมีความกำกวมในวิธีการทำที่สละสลวยมากเท่าได้ จำนวนที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการทำแท้งจะน้อยมาก (Llovet and Ramos, 1998) อย่างไรก็ตามวิธีการของ WHO ก็ยังเป็นมาตรฐานที่น่าเชื่อถือ ในการจำแนกประเภทการแท้ง ทั้งนี้ผู้สัมภาษณ์ต้องมีความรู้ทางด้านการแพทย์พอสมควรเพื่อที่จะได้จำแนกประเภทได้ชัดเจนขึ้น แต่ WHO ก็ยังขาดการจำแนกประเภทการทำแท้งเพื่อการรักษา ที่ทำโดยแพทย์และทำในโรงพยาบาล ซึ่งนับวันจะมีจำนวนมากยิ่งขึ้น และขึ้นอยู่กับวิธีการสัมภาษณ์ที่จะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง

2. การศึกษาข้อมูลการทำแท้งจากการสำรวจในชุมชน

การสำรวจในชุมชนเป็นวิธีวิจัยที่ได้ตัวแทนของประชากรที่ดีที่สุดในวิธีหนึ่ง แต่ในเรื่องการทำแท้งแล้ว เป็นสิ่งที่ไม่มีความถูกต้องโดยเฉพาะประเทศที่การทำแท้งเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ดังนั้นจึงมีหลายวิธีการในการสำรวจที่จะได้ข้อมูลเรื่องการทำแท้ง Chen, Chow and Rider (1972) ได้ใช้เทคนิคที่ผู้ตอบไม่ต้องตอบคำถามโดยตรง แต่ใช้สัญลักษณ์แทนโดยพัฒนาจาก Randomized Response Technique (RRT) ของ Warner (1965 cited in Cheng, Chow and Rider, 1972) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบในสตรีวัยเจริญพันธุ์ 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งถามตรงว่า คุณเคยทำแท้งหรือไม่และให้ตอบ อีกกลุ่มจะใช้คำถามเดียวกันแต่ให้จับลูกบิดหรือลูกหินสีดำแทนถ้าตอบว่าเคย โดยผู้สัมภาษณ์จะไม่เห็นคำตอบนั้น และอีกคำถามจะเป็นคำถามทั่ว ๆ ไป เช่น คุณเกิดปีม้าหรือไม่ถ้าใช่จะจับลูกบิดหรือลูกหินสีขาวเพื่อจะดูกลุ่มประชากรในปีที่เกิดนี้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เทคนิค RRT นี้จะเป็นกลุ่มที่ไม่รู้หนังสือ แต่จะได้รับคำอธิบายถึงวิธีการตอบคำถามของเทคนิคนี้ และมีคำตอบที่สามารถใช้ได้ร้อยละ 68 ของกลุ่มตัวอย่าง และตอบว่า

เคยทำแท้งร้อยละ 28.2 ซึ่งมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ถามตรงกว่า 1 เท่าตัว (ร้อยละ 12.7) และค่าที่ได้คำนวณจากสูตรของ Abernathy, et al. (1970 cited in Cheng, Chow and Rider, 1972) ปี 1981 Tezcan and Omran ได้นำวิธีนี้มาใช้อีกครั้งหนึ่ง โดยเลือกลูกปิดสีน้ำเงินและสีแดงแทน ศึกษาในประเทศตุรกี ซึ่งค่าของผู้ตอบและค่าของการทำแท้งสูงขึ้น ร้อยละ 72.9 และร้อยละ 33.1 ผู้ตอบส่วนใหญ่จะเป็นผู้หญิงหนึ่งสี่ ซึ่งวิธีนี้ถึงแม้คำตอบที่ได้จะค่อนข้างดีแต่จะไม่เกิดผลต่อสุขภาพอนามัยของสตรี (Figa-Talamaca, 1989) คือจะได้แต่ขนาดของปัญหา ซึ่งไม่แน่ว่าจะครอบคลุมหรือไม่

การหาข้อมูลการทำแท้งจากประวัติการตั้งครรภ์ของการสำรวจใหญ่เช่น World Fertility Survey หรือ Demographic and Health Survey ก็ได้ข้อมูลน้อยมาก เพียงร้อยละ 2-3 ที่บอกว่ามีการทำแท้งโดยเฉพาะประเทศที่การทำแท้งผิดกฎหมาย (Casterline, 1989 and Magnani, Rutenberg and McCann, 1996) เพราะเป็นการถามข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีของประวัติการตั้งครรภ์ ซึ่งคำตอบที่ได้ไม่ทราบว่าลืมจริงหรือไม่อยากพูดถึง ส่วนใหญ่จะตอบว่าตัวเองหรือไม่มีการแท้ง

การใช้ข้อมูลหลายชุดในการคาดประมาณของ Alan Guttmacher Institute (AGI), (1994) ได้ศึกษาในลาตินอเมริกา 6 ประเทศคือ บราซิล โคลัมเบีย ชิลี เม็กซิโก เปรู และสาธารณรัฐโดมินิกัน โดยศึกษาเพิ่มจากปี 1991 เพื่อดูระดับ รูปแบบ และปัญหาของการคุมกำเนิด และรูปแบบ วิธีการ ภาวะแทรกซ้อน และผู้ประกอบการในการทำแท้ง เพื่อใช้คาดประมาณสตรีที่ทำแท้งจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยใช้ข้อมูลจาก 3 แหล่งคือ การสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ในแต่ละประเทศ การสำรวจความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง 200 คนใน 6 ประเทศ และสถิติสาธารณสุขของสตรีที่มีอาการแทรกซ้อนเนื่องจากการทำแท้ง พบว่า ถึงแม้สตรีจะต้องการจำนวนบุตรน้อยลง แต่จำนวนบุตรในอุดมคติ (ideal family size) อยู่ระหว่าง 2.7-3.3 ซึ่งต่ำกว่าจำนวนบุตรที่มีอยู่จริง อัตราคุมกำเนิดอยู่ระหว่างร้อยละ 44-56 และใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นส่วนใหญ่ สตรีเหล่านี้กลัวว่าการข้างเคียงจากวิธีคุมกำเนิดอยู่ การรับบริการส่วนใหญ่จะรับจากร้านขายยา

การสำรวจความคิดเห็น ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็น แพทย์ พยาบาล และผดุงครรภ์พบว่า มีการใช้เทคนิคที่หลากหลายในการทำแท้ง ในบราซิลนิยมใช้ยา misoprostol (หรือ cytotec) ในเปรู และสาธารณโดมินิกัน นิยมใช้ยาสมุนไพรกินหรือสวนล้างช่องคลอดก่อนใช้วิธีอื่น การใช้สายยางหรือวัสดุสอดใส่ในช่องคลอดมีในทุกประเทศ สตรีที่อยู่ในเมืองใหญ่จะเข้าถึงบริการการแพทย์มากกว่าสตรีที่อยู่ในชนบท และสตรีที่มีรายได้มากจะเข้าถึงบริการการแพทย์มากกว่าสตรีที่มีรายได้น้อย เมื่อถามถึงอาการแทรกซ้อนเนื่องจากการทำแท้งจะพบว่า การทำแท้งจากบุคลากรอื่นจะพบอาการแทรกซ้อนสูงถึงร้อยละ 50-60 จากพยาบาลหรือผดุงครรภ์ ร้อยละ 20-30 และจากแพทย์ประมาณร้อยละ 7-14 สตรีที่มีอาการแทรกซ้อนเหล่านี้ไม่ได้เข้าโรงพยาบาลทุกคน ซึ่งคาดประมาณว่า 1/5 ในเปรูและโคลัมเบีย 1/8.5 ในบราซิล 1/4 ในซีกี และสาธารณรัฐโดมินิกัน โดยจะดูจากความครอบคลุมของสถานบริการ การเข้าถึงบริการ ตลอดจนสถิติสาธารณสุข ซึ่งบางแห่งจะไม่รายงานหรือรายงานไม่เป็นระบบ โดยจะปรับข้อมูลอีกครั้งหนึ่งโดยจะดูจากระดับบริการของสถานบริการ พื้นที่ที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง ระดับการศึกษา รายได้ ตลอดจนการวินิจฉัยของแพทย์ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับจำนวนการเกิด และจำนวนสตรีวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งสามารถคาดประมาณจำนวนการทำแท้งต่อปีได้

ข้อมูลอีกชุดหนึ่งคือการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ของ AGI ในปี 1992 ใน 6 ประเทศนี้เช่นกันจำนวน 197 คน ผู้ตอบจะเป็นแพทย์ นักสังคมวิทยา นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ สมาชิกกลุ่มสตรี นักวิจัยทางด้านสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข ซึ่งจะถามเกี่ยวกับวิธีการทำ อาการแทรกซ้อน อาการแทรกซ้อนที่ต้องเข้าโรงพยาบาล ซึ่งจะใช้เป็นตัวคูณของแต่ละประเทศยกเว้นซีกี ซึ่งมีข้อมูลของโรงพยาบาลอยู่ ใช้ DHS มาเปรียบเทียบในการตัดสินใจทำแท้ง สำหรับซีกีไม่มี DHS จะใช้การสำรวจขนาดเล็กภายในประเทศ

การสำรวจบุคลากรทางด้านสาธารณสุขของไนจีเรียในปี 1996 จำนวน 67 คน ทั้งเขตชนบทและเขตเมือง พบว่ามีเพียงร้อยละ 35 เท่านั้นที่มีการทำแท้งโดยแพทย์ ร้อยละ 25 มีการทำแท้งโดยผดุงครรภ์หรือพยาบาล เกือบครึ่งที่ทำแท้งกับหมอพื้นบ้าน ร้อยละ 20 พบอาการแทรกซ้อนเนื่องจากการทำแท้ง และเพียง 1 ใน 5 ของคนที่มีอาการแทรกซ้อนเท่านั้นที่เข้าโรงพยาบาลเพื่อการรักษา (Makinwa-Adebusoye, Singh and Audam, 1997) การสำรวจสถานการณ์การทำแท้งในไนจีเรียในปีเดียวกัน Henshaw, et al. (1998) ได้สุ่มสถานบริการสาธารณสุข 672 แห่ง

ทั้งภาครัฐและเอกชน สัมภาษณ์ผู้ประกอบการโดยนักศึกษาแพทย์ ที่ได้รับการฝึกอบรมแล้ว พบว่าสถานบริการส่วนใหญ่จะรักษาอาการแทรกซ้อนเนื่องจากการทำแท้งมากกว่าการบริการทำแท้ง (529 แห่ง) ข้อมูลส่วนนี้นำมาประกอบกับข้อมูลสถานบริการตามรายภาค จำนวนการทำแท้งทั้งภาครัฐและเอกชน โดยแพทย์ และบุคลากรไม่ใช่แพทย์ จำนวนโรคแทรกซ้อนเนื่องจากการทำแท้งจากสถานบริการ จำนวนสตรีที่มีโรคแทรกซ้อนที่ประเินโดยผู้ประกอบการมาคาดประมาณในระดับประเทศ พบว่ามีการทำแท้งเฉลี่ย 186 รายต่อปีต่อแห่ง มีสถานบริการทำแท้ง 1,320 แห่ง สถานบริการที่รับการรักษาอาการแทรกซ้อนเนื่องจากการทำแท้ง 3,030 แห่ง มีการทำแท้งโดยแพทย์ 245,000 ราย ต่อปี มีการทำแท้งโดยบุคลากรไม่ใช่แพทย์อย่างน้อย 183,000 รายต่อปี มากที่สุดถึง 366,000 รายต่อปี

ในเอเชีย Singh, Wulf and Jones (1997) ได้สำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข 232 คน ใน 16 ประเทศ เพื่อดูสถานการณ์ในแต่ละประเทศ และภาพรวมของ 2 ภูมิภาค คือเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 9 ประเทศ มี สิงคโปร์ เวียดนาม กัมพูชา อินโดนีเซีย ลาว พม่า ฟิลิปปินส์ ไทย และมาเลเซีย ซึ่งมีการทำแท้งที่ถูกกฎหมายเพียง 2 ประเทศคือ สิงคโปร์และเวียดนาม ในเอเชียใต้และกลาง (South Central Asia) มี 8 ประเทศคือ อินเดีย บังคลาเทศ ปากีสถาน ศรีลังกา อาฟกานิสถาน อิหร่าน เนปาล และภูฐาน ซึ่งมีอินเดียและบังคลาเทศเท่านั้นที่มีการทำแท้งที่ถูกกฎหมาย คำถามในการสำรวจจะมี 1) วิธีการที่ใช้ 2) บุคลากรที่สตรีไปทำแท้ง 3) อาการแทรกซ้อนทั้งที่ไปโรงพยาบาลและไม่ไปโรงพยาบาล 4) สถานบริการที่ไปรับการรักษาอาการแทรกซ้อน 5) เหตุผลในการทำแท้ง 6) ความแตกต่างของปัจจัยต่าง ๆ ของสตรีในเมืองและสตรีในชนบท สตรีที่มีฐานะดีและฐานะไม่ดี มีการทดสอบแบบสอบถามในประเทศไทยและประเทศฟิลิปปินส์ ผู้ตอบต้องมีประสบการณ์ในการทำแท้ง การรักษาอาการแทรกซ้อนจากการทำแท้ง ทราบถึงนโยบายของรัฐ อยู่ในสถานบริการสาธารณสุข หรือเคยทำวิจัยเกี่ยวกับการทำแท้ง ส่งแบบสำรวจทางไปรษณีย์ในช่วงเดือนมกราคมและเดือนกุมภาพันธ์ 1996 ได้รับคำตอบกลับมา 232 รายคิดเป็นร้อยละ 62 ผู้ตอบส่วนใหญ่จะอยู่ในเมือง และเป็นแพทย์ ร้อยละ 68 ที่เหลือเป็นพยาบาล ผดุงครรภ์ และบุคลากรอื่น เป็นผู้บริหารร้อยละ 13 ร้อยละ 19 เป็นนักวิจัยและอาจารย์ 1/2 อยู่ในภาคเอกชน 1/2 เคยอยู่ในชนบทมากกว่า 6 เดือน อายุเฉลี่ย 47 ปี เคยมีประสบการณ์ในโรงพยาบาลร้อยละ 72 อยู่ในคลินิกและสถานบริการสาธารณสุข ร้อยละ 45 อยู่ภาคเอกชนร้อยละ 36

การคาดประมาณปัญหาสาธารณสุขในเรื่องการทำแท้งใน 2 ภูมิภาคนี้ มีอัตราการ
ทำแท้งประมาณ 30 ต่อ 1,000 สตรีวัยเจริญพันธุ์ สูงมากใน South-eastern Asia ประมาณ 36
ต่อ 1,000 สตรีวัยเจริญพันธุ์ South-central Asia ประมาณ 25 ต่อ 1,000 สตรีวัยเจริญพันธุ์
ร้อยละ 35 จะมีอาการแทรกซ้อนเนื่องจากการทำแท้ง ร้อยละ 1 จะเป็นหมันหรือเสียชีวิตเนื่องจาก
การทำแท้ง ร้อยละ 50 ของสตรีที่มีอาการแทรกซ้อนเนื่องจากการทำแท้งจะเข้ารับการรักษาที่
โรงพยาบาล สตรีส่วนใหญ่จะไม่ได้ได้รับการรักษา ควรจะมีการปรับปรุงการเข้าถึงบริการของ
การวางแผนครอบครัว การให้คำปรึกษา ในเอเชีย (ยกเว้นประเทศจีน) ระดับการตั้งครรภ์ไม่พึง
ประสงค์ค่อนข้างสูง ประมาณร้อยละ 18 สิ้นสุดด้วยการทำแท้ง ร้อยละ 19 เป็นบุตรไม่ปรารถนา
การศึกษาครั้งนี้ผู้ตอบส่วนใหญ่จะอยู่ในเมือง จึงพบแต่สถานการณ์ในเมือง ยังมีปัญหาอีก
มากมายในชนบท เช่น ในประเทศไทย ซึ่ง Singh, Wulf and Jones (1997) ได้ทำไว้พบว่า 1 ใน
3 ของสตรีที่ทำแท้งมีอาการแทรกซ้อน และ 2 ใน 3 ของสตรีที่มีอาการแทรกซ้อนเท่านั้นที่จะ
เข้าโรงพยาบาล ดังนั้นจึงน่าจะมีเพียง 2 ใน 9 ของสตรีที่ทำแท้งเท่านั้นที่เข้าโรงพยาบาล ตัวเลข
ดังกล่าวเป็นความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขไม่ใช่ผู้ประกอบการโดยตรง และผู้ตอบส่วนใหญ่
จะอยู่ในเมืองซึ่งอาจจะไม่ใช่ข้อมูลที่แท้จริง จึงควรมีการศึกษาในวิธีอื่น ๆ ต่อไป

จะเห็นว่าการสำรวจชุมชนมีหลากหลายวิธีขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและ
กลุ่มตัวอย่าง เช่น RRT ในระยะแรกต้องการทราบแต่ขนาดของปัญหา ไม่ได้คำนึงถึงสุขภาพ
อนามัย และผู้ตอบไม่จำเป็นต้องรู้หนังสือ แต่เมื่อมีการปรับใช้กับกลุ่มที่รู้หนังสือคำตอบที่ได้
ค่อนข้างดีขึ้นแต่ก็เหมาะสมสำหรับบางประเทศเท่านั้น ไม่สามารถทำการสำรวจใหญ่ได้ แต่การ
สำรวจใหญ่ซึ่งเป็นการสำรวจทั่วโลกเช่น World Fertility Survey หรือ Demographic Health
Survey คำถามตรงจะไม่ได้ผลเลย ถึงแม้จะเป็นคำถามเกี่ยวกับตัวของผู้ตอบโดยตรงในเรื่อง
ประวัติการตั้งครรภ์ แต่เป็นคำถามย้อนหลัง 5 ปี ซึ่งผู้ตอบอาจลืมไปแล้ว หรือไม่อยากพูดถึง
แต่เมื่อมีการใช้ข้อมูลหลายชุดประกอบกัน ทำให้การคาดประมาณของอุบัติการณ์การทำแท้ง
มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อมูลพื้นฐานของแต่ละประเทศ และนำการวิจัยที่ทำมา
แล้วมาปรับใช้ เช่น ในลาตินอเมริกา แต่การใช้ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการการทำแท้ง
หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ก็ต้องมีข้อควรระวังในเรื่องการให้ข้อมูลอาจไม่เป็นจริง
เนื่องจากเป็นความคิดเห็นซึ่งอาจจะไม่เป็นจริงก็เป็นไปได้

3. การศึกษาจากเอกสารเพื่อประเมินสถานการณ์การทำแท้ง

WHO (1998) ได้คาดประมาณการทำแท้งที่ผิดกฎหมายในภูมิภาคต่าง ๆ โดยใช้ข้อมูลตั้งแต่ปี 1970 เป็นต้นมา โดยการสืบค้นข้อมูลจาก Medline, Healthplan, Popline and Lilacs เลือกประเทศที่มีประชากรตั้งแต่ 300,000 คนขึ้นไป การเข้าถึงข้อมูลของงานเหล่านั้นโดยดูจากลักษณะของงาน วัฒนธรรม ความเป็นเมือง การสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ อัตราคุมกำเนิดของแต่ละประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มี 8 ประเทศ สำหรับประเทศไทยใช้ข้อมูลตั้งแต่ปี 1970-1990 ส่วนใหญ่จะเป็นงานที่ทำโดยใช้ฐานข้อมูลจากคนไข้ในโรงพยาบาล และมีการสำรวจ 2 งานของ Cook and Leoprapai, 1975 และ Narkavonnakit and Bennett, 1981 (cited in WHO, 1998) ศึกษาภาวะแทรกซ้อนในประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งหมด 20 งาน (ตารางที่ 2) ซึ่งพบว่าทั่วโลกมีการทำแท้งถึง 20,000,000 คนต่อปี มีการตายเนื่องจากการทำแท้งถึง 78,000 คน ส่วนใหญ่เกิดในประเทศด้อยพัฒนา ถึง 19,000,000 คน ทวีปเอเชียมีจำนวนคนทำแท้งมากที่สุด โดยเฉพาะ เอเชียกลาง และเอเชียใต้ (South-central Asia) ประมาณ 6,500,000 คนต่อปี แต่ก็มากกว่าที่ International Planned Parenthood Federation Unmet Needs Survey ในปี 1977 ที่คาดว่ามีการทำแท้งทั่วโลกประมาณ 13,713,000 คนต่อปี และมากที่สุดใคาบมหาสมุทรอินเดีย (Indian Ocean) เช่นเดิม คือ 7,568,000 คนต่อปี (Paxman, et al. 1993) สอดคล้องกับการคาดประมาณของ Singh และ Henshaw ในปี 1996 พบว่า มีการทำแท้งในประเทศกำลังพัฒนาถึงปีละ 31.9 ล้านคนต่อปีทั้งถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย ส่วนใหญ่เป็นการทำแท้งที่ผิดกฎหมาย และทวีปเอเชียจะมีจำนวนมากที่สุดคือ 24.4 ล้านคนต่อปี ซึ่งรวมประเทศจีนที่มีการทำแท้งที่ถูกกฎหมาย ถึงปีละ 10 ล้านคนต่อปี (Bongaarts, 1997)

การศึกษาจากเอกสารจะได้ภาพรวมของอุปติการการทำแท้ง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทางด้านนโยบายและการวางแผนงานของแต่ละประเทศ ซึ่งต้องใช้เวลาสืบค้นจากหลายแหล่งที่เชื่อถือได้ และต้องมีรายงานการวิจัยมากพอที่จะเป็นตัวแทนของภาพรวมได้ นิยมทำเป็นภูมิภาคหรือทั่วโลก ในระดับประเทศมักจะเป็นประเทศที่มีการทำแท้งถูกกฎหมายและทำมาเป็นระยะเวลายาวนาน (Liskins, 1982, Coeytaux, 1988, David, 1992, Paxman, et al., 1993, WHO, 1998, Henshaw, 1999, AGI, 1999 and Goto, et al., 2000)

ตารางที่ 2: การคาดประมาณอุบัติการณ์ การตาย และการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย

ภูมิภาค	จำนวน การทำแท้ง (1,000 คน)	อัตรา การ ทำแท้งต่อ 1,000 สตรี วัยเจริญพันธุ์ (15-49)	อัตรา การ ทำแท้งต่อ 1,000 การ เกิดมีชีวิต	จำนวน การตาย เนื่องจาก การทำแท้ง ต่อปี	อัตรา การ ตายต่อ 100,000 การเกิด มีชีวิต	สัดส่วน แม่ตาย เนื่องจาก การทำ แท้ง (%)
ทั่วโลก	20,000	13	15	78,000	57	13
ประเทศที่ พัฒนาแล้ว	900	3	7	500	4	13
ประเทศด้อย พัฒนา	19,000	16	16	77,500	63	13
แอฟริกา	5,000	27	16	34,000	110	13
เอเชีย	9,900	11	13	38,500	48	12
เอเชียกลาง-ใต้	6,500	19	17	29,000	72	13
เอเชียตะวันออก และเอเชียใต้	2,800	21	23	8,100	66	15
ยุโรป	900	5	12	500	6	17
ลาตินอเมริกา และแคริบเบียน	4,000	30	36	5,000	41	21

ที่มา: WHO, 1998 Table 2, p.8

4. การคำนวณหาอัตราการทำแท้ง

นอกจากวิธีการดังกล่าวมาแล้ว การคำนวณก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะได้ข้อมูลการทำแท้ง โดยใช้ตัวกำหนดภาวะเจริญพันธุ์ (Proximate Determinant of Fertility) ของ Bongaarts เป็นพื้นฐานในการคำนวณ ซึ่งมีดัชนีการแต่งงาน (Index of marriage) ดัชนีการคุมกำเนิด (Index of contraceptive) ดัชนีการเป็นหมันหลังคลอด (Index of postpartum infecundability) ดัชนีการแท้ง (Index of abortion) ศักยภาพในการมีบุตร (Total fecundity) $TFR = Cm * Cc * Ca * Ci * TF$ วิธีนี้นิยมใช้ในประเทศที่มีการทำแท้งถูกกฎหมาย มีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพแพร่หลาย ใช้ในสังคมที่มีการแต่งงานเป็นส่วนใหญ่ (Tietze and Bongaarts, 1975, Bongaarts, 1982, Frejka, 1985 and Foreit and Nortman, 1992)

5. การคาดประมาณการทำแท้ง

ในประเทศที่การทำแท้งเป็นสิ่งผิดกฎหมาย การหาตัวเลขเกี่ยวกับการทำแท้งเป็นสิ่งที่ยาก จึงมีการคาดประมาณการทำแท้งขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการที่นักวิชาการด้านอนามัยเจริญพันธุ์และผู้วางแผนนโยบายใช้เป็นข้อมูลเพื่อวางแผนการดำเนินงาน เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์การทำแท้งให้ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด ข้อมูลส่วนใหญ่จึงได้มาจากการสำรวจการป่วยและการตาย ซึ่งมี 4 แหล่งคือ 1) รายงานจากโรงพยาบาล 2) การสำรวจสตรี 3) การสำรวจผู้ประกอบการทำแท้ง และ 4) มรณบัตร ซึ่งปัจจุบันในประเทศไทยมีไม่มากนักพอที่จะมาคาดประมาณได้ เนื่องจากการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้ามาก ทำให้จำนวนการตายเนื่องจากการแท้งลดน้อยลง และในการลงมรณบัตรที่ลงว่าตายเนื่องจากการแท้งก็มีน้อยมาก ดังนั้นในการคาดประมาณจึงใช้หลายวิธี และใช้ข้อมูลหลายชุดประกอบกัน ซึ่งวิธีการใช้ข้อมูลแต่ละชุดก็จะมีข้อจำกัดแตกต่างกันไป (Liskin, 1980, Llovet and Ramos, 1998, WHO, 1998)

สรุป

จะเห็นว่าการเข้าถึงข้อมูลการทำแท้งที่ผิดกฎหมายมีหลากหลายวิธี แต่ละวิธีก็มีข้อเด่นข้อด้อยแตกต่างกันไป แล้วแต่วัตถุประสงค์ของงาน สถานการณ์สิ่งแวดล้อมของประเทศ ข้อมูลจากโรงพยาบาลจะได้การจำแนกการแท้งในแต่ละประเภท แต่ก็มีข้อด้อยเนื่องจากการทำแท้งที่ผิดกฎหมายจะมีการพัฒนามากขึ้น ทำให้มีอาการข้างเคียงน้อย จนบางครั้งไม่สามารถแยกออกจากการแท้งตามธรรมชาติได้ จึงทำให้ข้อมูลการแท้งตามธรรมชาติค่อนข้างสูงหรือการแท้งตามธรรมชาติที่อายุครรภ์น้อยอาจไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจึงไม่จำเป็นต้องเข้าโรงพยาบาล และทำให้ฐานข้อมูลส่วนนี้ต่ำกว่าความเป็นจริงมาก

ข้อมูลจากการสำรวจจากการสำรวจก็มีหลากหลายวิธี แต่เป็นการยากที่จะได้ข้อมูลอันเป็นข้อเท็จจริง เนื่องจากเป็นเรื่องที่ผู้ตอบไม่อยากจะตอบ การสำรวจจากสตรีโดยตรงจะได้ข้อมูลน้อยมาก ทั้งประเทศที่มีการทำแท้งถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นปัญหาทางด้านจริยธรรม ปัญหาทางด้านสังคม วัฒนธรรม ตลอดจนเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่สตรีไม่อยากจะพูดถึง คำตอบที่ได้จึงต่ำกว่าความเป็นจริง การสำรวจที่ได้จะเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก หรือในเชิงคุณภาพในสถานบริการเอกชนที่ให้ความร่วมมือ ซึ่งมีน้อยมาก โดยเฉพาะประเทศที่การ

ทำแท้งเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย หรือในการสำรวจขนาดใหญ่เช่น DHS ก็จะไม่เป็นคำถามตรง จะถามเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ถึงแม้ในประเทศที่การทำแท้งถูกกฎหมาย ข้อมูลเกี่ยวกับการทำแท้งก็ยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากการทำในภาคเอกชนมาก และระบบรายงานไม่สามารถครอบคลุมได้ (Jones and Forrest, 1992) ถึงแม้จะใช้เทคนิคพิเศษเช่น RRT ก็อาจเป็นไปได้ที่มีการให้ความหมายผิด การสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข อาจจะมีการเบี่ยงเบน (Bias) จากผู้ตอบแบบสอบถาม โดยเฉพาะประเทศที่การทำแท้งเป็นสิ่งผิดกฎหมาย

การศึกษาจากเอกสารสามารถทำได้ในภาพรวมและมีข้อมูลเพียงพอที่เชื่อถือได้ และทำเป็นระยะเวลายาวนานนับทศวรรษ การคำนวณสามารถทำได้ในกลุ่มประชากรเฉพาะ ซึ่งต้องใช้ข้อมูลจากการสำรวจมาคำนวณอีกเช่นกัน ซึ่งสถิติต่าง ๆ ต้องนำเชื่อถือ และการคาดประมาณเป็นข้อสรุปสุดท้ายของวิธีการต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งความน่าเชื่อถือของข้อมูลแต่ละชุดขึ้นอยู่กับระเบียบวิธีวิจัยของแต่ละวิธีการนั้น ตลอดจนสถิติต่าง ๆ ของแต่ละพื้นที่ ดังนั้นนักวิจัยจึงจำเป็นต้องใช้ข้อมูลหลายชุดในการคาดประมาณการทำแท้ง (Coeytaux, Leonard and Royston (eds.), 1989, Barreto, et al., 1992, Foreit and Nortman, 1992) และขึ้นอยู่กับความครอบคลุมของสถานบริการ นโยบายในการรักษาพยาบาล และความแตกต่างของลักษณะประชากรของพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

Alan Guttmacher Institute. 1994. *Clandestine abortion : a Latin America reality*. Wall Street. New York.

_____. 1999. *Sharing Responsibility Women Society & Abortion Worldwide*. New York & Washington.

Barreto, T, Campbell, O. M.R, Davies, J.L, Fauveau, V, Filippi, V.G.A, Graham, W.J, Mamdani, M, Rooney, C.I.F and Toubia, N.F. 1992. "Investigating Induced Abortion in Developing Countries : Method and Problems". *Studies in Family Planning*. Vol.23 No.3, May / June 1992, pp.159-170.

- Binkin, N. J, Burton, N.N, Tour'e A H, Traor'e M.L. and Rochat, R.W. 1984. "Women Hospitalized for Abortion Complications in Mali". *International Family Planning Perspectives*. Vol.10 No.1, March 1984, pp. 8-11.
- Bongaarts, J. 1982. "The Fertility-Inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables". *Studies in Family Planning*. Vol.13 No.6/7, June/July 1982, pp.179-189.
- _____. 1997. "Trends in Unwanted Childbearing in the Developing World". *Studies in Family Planning*. Vol.28 No.4, December 1997, pp.267-277.
- Casterline, J.B. 1989. "Collecting Data On Pregnancy Loss : A Review of Evidence from the World Fertility Survey". *Studies in Family Planning*. Vol.20 No.2, Mar/APR 1989, pp.81-95.
- Chaturachinda, K, Tangtrakul, S, Pongthai, S, Phuapradit, W, Phanusopone, A, Benchakan, V and Clinton, J.J. 1981. "Abortion : An Epidemiologic Study at Ramathibodi Hospital, Bangkok". *Studies in Family Planning*. Vol.12 No.6/7, June/July 1981, pp.257-261.
- Cheng, C.I, Chow, L.P and Rider, R.V. 1972. "The Randomized Response Technique as Used in the Taiwan Outcome of Pregnancy Study". *Studies in Family Planning*. Vol.3 No.11, November 1972, pp.265-269.
- Coeytaux, F. 1988. "Induced Abortion in sub-Saharan Africa : What We Do and Do Not Know". *Studies in Family Planning*. Vol.19 No.3, May/June 1988, pp.186-190.
- Coeytaux, F, Leonard, A and Royston, E, (Editors). 1989. *Critical Issues in Reproductive Health : Methodological Issues in Abortion Research*. Proceedings of a Seminar, The Population Council, New York, December 12-13.

David, H.P. 1992. "Abortion in Europe, 1920-94 : A Public Health Perspective". *Studies in Family Planning*. Vol.23 No.1, Jan / Feb 1992, pp.1-22.

Figa – Talamanga, I, Sinnathuray, T.A, Yusof, K, Fong. C.K, Palan, V.T, Adeeb, N; Nylander, P, Onifade, A, Akin, A, Berton, M, Gaslonde, S, Edstrom, K, Ayeni, O and Belsey, M.K. 1986. "Illegal Abortion : An Attempt to Assess its Cost to the Health Services and Incidence in the Community". *International Journal of Health Services*. Volume 18, Number 3, Baywood Publishing Co., Inc.

Figa – Talamanga, I. 1989. "An Overview of Research Methodologies for the Study Public Health Aspects of Induced Abortion". In *Critical Issues in Reproductive Health : Methodological Issues in Abortion Research*. (Coeytaux, F. et al., editors) Proceedings of a Seminar, The Population Council, New York, December 12-13.

Foreit, K.G. and Nortman. D.L. 1992. "A Method for Calculating Rates of Induced Abortion". *Demography*. Vol.29 No.1, February 1992, pp.127-137.

Frejka, T. 1985. "Induced Abortion and Fertility". *International Family Planning Perspectives*. Vol.11 No.4, December 1985, pp.125-129.

Goto, A, Fujiyama-Koriyama, C, Fukao, A and Reich, M.R. 2000. "Abortion Trends in Japan, 1975-1995". *Studies in Family Planning*. Vol.31 No 4, December 2000, pp.301-308.

Henshaw, S.K, Singh, S, Oye-Adeniran, B.A, Adewole, I.F, Iwere, N and Cuca, Y.A. 1998. "The Incidence of Induced Abortion in Nigeria". *International Family Planning Perspectives*. Vol.24 No.4, December 1998, pp.156-164.

- Henshaw, S.K, Singh, S and Haas, T. 1999. "The Incidence of Induced Abortion Worldwide". *International Family Planning Perspectives*. Vol.25, Supplement, January 1999, pp. S30-S38.
- Huntington, D, Nawar, L, Hassan, E.O, Youssef, H and Abdel-Tawab, N. 1998. "The Postabortion Caseload in Egyptian Hospital : A Descriptive Study". *International Family Planning Perspectives*. Vol.24 No.1, March 1998, pp.25-31.
- Jewkes, R, K, Fawcus, S, Rees, H, Lombard, C.J and Katzenellenbogen, J. 1997. "Methodological Issues in the South African Incomplete Abortion Study". *Study in Family Planning*. Vol.28 No.3, September 1997, pp.228-234.
- Jones, E and Forrest, J. 1992. "Underreporting of Abortion in Surveys of U.S. Women : 1976-1988". *Demography*. Vol.29 No.1, February 1992, pp.113-126.
- Justesen , A, Kapiga, S.H and Asten, H.A.G.A. 1992. "Abortion in a Hospital Setting : Hidden Realities in Der es Salaam , Tanzania". *Study in Family Planning*. Vol.23 No.5, Sep/ Oct 1992, pp.325-329.
- Liskin, L.S. 1980. "Complication of Abortion in Developing Countries". *Population Reports*. Pregnancy Termination. Series F No.7, July 1980, Reprinted Jan 1982.
- Llovet , J. J. and Ramos ,S. 1998. "Induced Abortion in Latin America : Strategies for Future Social Research". *Reproductive Health Matters*. Vol.6 No.11, May 1998, pp.55-65.
- Magnani, R.J, Rutenberg, N and McCann, H.G. 1996. "Detecting Induced Abortions from Reports of Pregnancy Terminations in DHS Calender Data". *Study in Family Planning*. Vol.27 No.1, Jan/Feb 1996, pp.36-43.

- Makinwa-Adebusoey, P, Singk, S and Audum, S. 1997. "Nigerian Health Professions' Perceptions About Abortion Practice". *International Family Planning Perspectives*. Vol.23 No.4, December, 1997, pp.155-161.
- Paxman, M. J, Rizo, A, Brown, L., and Benson, J. 1993. "The Clandestine Epidemic : The Practice of Unsafe Abortion in Latin America". *Study in Family Planning*. Vol. 24 No.4, July/Aug 1993, pp.205-226.
- Singh, S and Wulf, D. 1991. "Estimating Abortion Levels in Brazil, Columbia and Peru, Using Hospital Admissions and Fertility Survey Data". *International Family Planning Perspectives*. Vol.17 No.1, March 1991, pp.8 -13.
- Singh, S and Wulf, D. 1994. "Estimated Levels of Induced Abortion In Six Latin American Countries". *International Family Planning Perspectives*. Vol.20 No.1, March 1994, pp.4-13.
- Singh, S and Sedgh, G. 1997. "The Relationship of Abortion to Trends in Contraception And Fertility in Brazil, Colombia and Mexico". *International Family Planning Perspectives*. Vol. 23 No.1, March 1997, pp.4-14.
- Singh, S, Wulf, D and Jones, H. 1997. "Health Professionals' Perceptions About Induced Abortion in South Central Southeast Asia". *International Family Planning Perspectives*. Vol.23 No.2, June 1997, pp.59-67.
- Singh, S, Cabigon, J.V, Hossain, A, Kamal, H and Perez, A.E. 1997. "Estimating the Level of Abortion in the Philippines and Bangladesh". *International Family Planning Perspectives*. Vol.23 No.3, September 1997, pp.100-107.
- Tezcan, S. and Omran, A.R. 1981. "Prevalence and Reporting of Induced Abortion in Turkey : Two Survey Techniques". *Study in Family Planning*. Vol.12 No.6/7. June/July 1981, pp.262-271.

Tietze, C. and Bongaarts, J. 1975. "Fertility Rates and Abortion Rates : Simulations of Family Limitation". *Study in Family Planning*. Vol.6, 1975, pp.114-120.

World Health Organization. 1996. *Studying unsafe abortion : a practical guide*. Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit, Division of Reproductive Health (Technical Support). World Health Organization, Geneva, Switzerland.

_____. 1998. *Unsafe Abortion. Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data*. Third edition. Maternal and Newborn Health Safe Motherhood. Division of Reproductive Health (Technical Support) World Health Organization Geneva, Switzerland.