

การมีส่วนร่วมของผู้ชายเมื่อมีการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
ตามทัศนะของบุคลากรทางสุขภาพ

Perspective of Health Care Providers Regarding Male
Participation in Unwanted Pregnancy Termination

วรางคณา ชัชเวช,* ปร.ด.
จิตรานันท์ สมพร,** พย.ม.
สุรีย์พร กฤษเจริญ,*** พย.ม.

Warangkana Chatchawet, Ph.D.
Jitranan Sompron, M.N.S.
Sureeporn Kritcharoen, M.N.S.

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนะของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายเมื่อมีการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวน 13 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 10 คน แพทย์ 2 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้รับบริการที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคล ตามแนวคำถามปลายเปิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา สร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรทางสุขภาพมีทัศนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายเมื่อมีการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จำแนกเป็น 2 กลุ่มที่แตกต่างกัน ดังนี้ 1) ผู้ชายร่วมดูแลผู้หญิง ด้วยเหตุผล ทำด้วยกัน ผู้ชายทำ และผู้หญิงเจ็บ ซึ่งมาจากความเชื่อ ทัศนคติของบุคลากรทางสุขภาพที่เข้าใจในผู้หญิงว่า ผู้หญิงมีเหตุผลของตัวเองที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ 2) ผู้หญิงดูแลตัวเอง โดยผู้ชายไม่ต้องมีส่วนร่วม ด้วยเหตุผล สิทธิพิเศษของผู้ชาย และภาวะจำยอมของผู้หญิง ซึ่งมาจาก

ทัศนคติของบุคลากรทางสุขภาพที่ตัดสินผู้หญิงโดยใช้ทัศนคติส่วนตนที่ยึดมั่นในหลักศาสนา และกฎของสังคม ดังนั้น จึงควรหากลยุทธ์เพื่อเปลี่ยนแปลงการให้บริการเป็นการให้บริการที่คำนึงถึงความเสมอภาคทางเพศระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย ตามนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เน้นการคำนึงถึงเพศภาวะ

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การมีส่วนร่วมของผู้ชาย การยุติการตั้งครรภ์ บุคลากรทางสุขภาพ

Abstract

This qualitative study aimed to study the perspective of health care providers on male participation when unwanted pregnancy is terminated. The thirteen participants consisted of ten professional nurses, two physicians, and one social worker with experience in taking care of women who had unwanted pregnancy termination. Individual interviews using open-ended questions were conducted. Data analysis was carried out through content analysis. Member checking was conducted to establish the rigor

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

of the study.

The result showed that male participation when unwanted pregnancy is terminated from the perspective of health care providers was differentiated into ; 1) men taking care of women because of mutual activity, men's conduct and women being hurt, from the health care providers' belief, attitude and understanding that women had their own reasons for their terminating unwanted pregnancy; and 2) women taking care of themselves without male participation due to male privilege and female surrender, from the health care providers' judging women on the basis of their own attitude that adhered to religion and social rules. Therefore, it would be benefit to establish strategies to transform reproductive health services to accommodate gender equity in accordance with a reproductive health policy focusing on gender sensitive health care.

Key words : Unwanted pregnancy, male participation, termination of pregnancy, health care provider

ความสำคัญของปัญหา

การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยพบได้บ่อยในประเทศที่การยุติการตั้งครรภ์โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เป็นสิ่งผิดกฎหมาย ซึ่งรวมถึงประเทศไทย ดังนั้น ผู้หญิงกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการกระทำที่ผิดกฎหมายและความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ตกเลือด ติดเชื้อ หรือรุนแรงจนกระทั่งเสียชีวิต (Whittaker, 2002a) การยุติการตั้งครรภ์นอกจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้หญิงแล้ว ผู้หญิงยังต้องเผชิญกับการถูกตราหน้าจากสังคมว่า เป็นผู้หญิงที่ประพฤติก

ผิดศีลธรรม เป็นผู้หญิงไม่ดี หรือแม่ใจยักษ์ เป็นต้น (กนกวรรณ ธีรารัตน, 2545; สุชาดา รัชชกุล, 2541; Chatchawet, 2009; Whittaker, 2002b) ความเป็นเหตุนี้เกิดขึ้นจากการถ่ายทอดและกระบวนการขัดเกลากายทางสังคม (socialization process) ที่ปลูกฝังความเชื่อที่ว่าผู้หญิงมีสัญชาติญาณ ต้องการเป็นแม่ และต้องการเลี้ยงดูบุตร ถ้าผู้หญิงที่ไม่มีสัญชาติญาณ เหล่านี้แสดงว่าเป็นผู้หญิงไม่ดี แต่สิ่งเหล่านี้ไม่ได้ถูกคาดหวังจากผู้ชาย (Jackson & Mannix, 2004)

การเจ็บปวดทางร่างกายและจิตใจจากการยุติการตั้งครรภ์ ทำให้ผู้หญิงต้องการการดูแลและประคับประคองจากบุคคลสำคัญ เช่น คนรักหรือสามี (Chatchawet, Sriphichyakan, Kantaruksa, Nilmanat & O'Brien, 2010) การมีส่วนร่วมของผู้ชายเมื่อมีการยุติการตั้งครรภ์ไม่เพียงประสงค์สร้างความสัมพันธ์เชิงเสมอภาคระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย โดยธรรมเนียมปฏิบัติสังคมยอมรับให้ผู้ชายสามารถแสวงหาความสุขทางเพศได้โดยอิสระ แต่ไม่คาดหวังให้ผู้ชายต้องรับผิดชอบจากการแสวงหาความสุขนั้น (Chatchawet, 2009) ในความเป็นจริงแล้วการมีเพศสัมพันธ์เกิดจากการมีส่วนร่วมของทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ดังนั้น ผู้หญิงและผู้ชายจึงควรร่วมกันรับผิดชอบต่อผลที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์นั้นด้วย

การประชุมนานาชาติว่าด้วยประชากรกับการพัฒนา (International Conference on Population and Development) ณ กรุงไคโร ประเทศอียิปต์ ในปี พ.ศ. 2537 (UNFPA, 1994) และการประชุมสตรีโลกครั้งที่ 4 (The Fourth World Conference of Women) ณ กรุงปักกิ่ง ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ในปี พ.ศ. 2538 (The United Nations, 1995) ได้ระบุถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมรับผิดชอบของผู้ชายในนโยบายการเจริญพันธุ์ ซึ่งรวมถึงการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และร่วมรับผิดชอบต่อผลที่ตามมา

จากการตั้งครกไม่พึงประสงค์ด้วย การมีส่วนร่วมรับผิดชอบของผู้ชายสามารถส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศ (gender equity) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาสุขภาพของสตรี ความเสมอภาคระหว่างหญิงชายเป็นการแสดงถึงการตระหนักถึงสิทธิมนุษยชนและความยุติธรรมของสังคม นอกจากนี้ ความเสมอภาคระหว่างหญิงชายยังนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนของการให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา (people-centered sustainable development) (The United Nations, 2010)

รัฐบาลไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตามข้อเสนอแนะของการประชุมนานาชาติว่าด้วยประชากรกับการพัฒนาเช่นกัน โดยประกาศ “นโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์” เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2540 ซึ่งระบุว่า “คนไทยทุกคนทั้งชายและหญิง ทุกกลุ่มอายุจะต้องมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี...ทั้งนี้จะต้องรวมถึงการมีสิทธิที่จะได้รับรู้และตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะการเจริญพันธุ์ของตนเองอย่างเท่าเทียมกันทั้งชายและหญิง ตลอดจนสามารถเข้าถึงบริการในด้านนี้อย่างทั่วถึง” (มูลนิธิสร้างเสริมสุขภาพสตรี, 2547) อย่างไรก็ตาม นโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์หรือการดูแลโดยมีความไวในเพศภาวะ (gender sensitive health care) ยังไม่ได้มีการปฏิบัติเป็นรูปธรรม ผู้หญิงที่มารับการบริการที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ยังคงได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมจากบุคลากรทางสุขภาพ บุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่มีทัศนคติ อคติ และมุมมองของตนเองที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์มาใช้กับผู้หญิงกลุ่มนี้ และไม่นำผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้หญิงกลุ่มนี้ แม้ว่าผู้ชายจะมาโรงพยาบาลพร้อมผู้หญิง เนื่องจากมีมุมมองว่า ผู้หญิงเป็นบุคคลที่สมควรต้องรับผิดชอบจากผลของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการยุติการตั้งครรภ์ (ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์, 2544; Chatchawet, 2009)

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น การให้บุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ถ่ายทอดความเชื่อ ความคิดเห็นประสบการณ์ในประเด็นการมีส่วนร่วมของผู้ชายต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการนำมาพัฒนาการให้บริการในการดูแลผู้รับบริการกลุ่มนี้ โดยการตระหนักถึงการมีส่วนร่วมของผู้ชาย ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการได้รับการบริการทางสุขภาพที่เป็นธรรมแก่ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย (gender sensitive care) ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาทัศนคติของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายเมื่อมีการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การมีส่วนร่วมของผู้ชายเป็นประเด็นที่การประชุมนานาชาติหลายการประชุมให้ความสำคัญ โดยเฉพาะการประชุมเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งการประชุมว่าด้วยประชากรกับการพัฒนา (International Conference on Population and Development หรือ ICPD'94) ได้ระบุเนื้อหาไว้ในแผนปฏิบัติการ (program of action หรือ ICPD PoA) ว่าควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ชายในอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ซึ่งรวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ชายมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการมีความสัมพันธ์ทางเพศ (UNFPA, 1994) การมีส่วนร่วมของผู้ชายเป็นการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และส่งเสริมความผาสุกในอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงและผู้ชาย การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการยุติการตั้งครรภ์เป็นประเด็นหนึ่งในอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ผู้ชายไม่เพียงเฉพาะจะแสวงหาความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์

แต่ต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อผลของการกระทำนั้นด้วย

อคติทางเพศหรือความไม่เท่าเทียมทางเพศที่เกิดขึ้นเมื่อมีการตั้งครกก็ไม่พึงประสงค์และสิ้นสุดด้วยการยุติการตั้งครก เกิดจากกระบวนการขัดเกลากายสังคม (socialization process) ที่ขัดเกลากายในสังคมตามความเชื่อของหลักศาสนา หรือค่านิยม โดยเฉพาะบรรทัดฐานทางเพศที่ให้ผู้ชายสามารถแสวงหาความสุขทางเพศได้อย่างอิสระ ในขณะที่ผู้หญิงถูกจำกัด (Chatchawet, 2009; Isarabhadhi, 1999; Kanato, 1998) หากผู้หญิงฝ่าฝืนกฎโดยการมีเพศสัมพันธ์หรือตั้งครกก่อนแต่งงาน มักจะถูกตำหนิหรือตีตราว่าเป็นผู้หญิงไม่ดี (Chatchawet, 2009; Isarabhadhi, 1999; Kanato, 1998) ถ้าผู้หญิงเลือกที่จะยุติการตั้งครกด้วยเหตุผลทางสังคม เศรษฐกิจ หรือเหตุผลอื่นที่ไม่อยู่ในกรอบของกฎหมาย ผู้หญิงมักถูกตีตราโดยสังคมและได้รับการลงโทษจากกฎหมาย (สุหวาดา รัชกุล, 2541) ในทางตรงข้ามไม่มีกรอบใดของสังคมที่ระบุให้ผู้ชายผู้ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความสัมพันธ์ทางเพศได้มีส่วนร่วมหรือรับผิดชอบเกี่ยวกับการยุติการตั้งครก สังคมมักคอยย้ำให้ผู้หญิงเป็นผู้รับผิดชอบต่อการกระทำที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ ในขณะที่ผู้ชายสามารถที่จะเลือกว่าตนเองจะรับผิดชอบหรือไม่ ดังนั้นการที่จะประสบความสำเร็จในการให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ชายในอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเฉพาะการตั้งครกที่ไม่พึงประสงค์ ต้องอาศัยความร่วมมือของทั้งผู้หญิง ผู้ชาย และโดยเฉพาะบุคลากรทางสุขภาพผู้ซึ่งมีส่วนสำคัญในการที่จะส่งเสริมให้ผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้หญิง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (descriptive qualitative research) เก็บข้อมูลในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2553-ตุลาคม พ.ศ. 2554

กลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบกำหนดคุณสมบัติเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ 1) เป็นแพทย์ พยาบาล หรือนักสังคมสงเคราะห์ ที่ให้การดูแลผู้รับบริการที่มีอาการแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครกไม่พึงประสงค์ และ 2) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย โดยผู้ให้ข้อมูลมีจำนวน 13 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 10 คน แพทย์ 2 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัย
2. แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิด (open ended question) เกี่ยวกับทัศนะของผู้ให้บริการทางสุขภาพต่อการมีส่วนร่วมของผู้ชายเกี่ยวกับการยุติการตั้งครกไม่พึงประสงค์ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างคำถามหลัก เช่น “ขอให้เล่าประสบการณ์การดูแลผู้รับบริการที่ยุติการตั้งครกไม่พึงประสงค์” “คุณคิดว่าผู้ชายควรเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้หญิงเมื่อยุติการตั้งครกไม่พึงประสงค์ หรือไม่ เพราะอะไร อย่างไร” “คุณคิดว่าอะไรที่ทำให้ผู้ชายเข้ามา มี/ไม่มี ส่วนร่วมในการดูแลผู้หญิงเมื่อมีการยุติการตั้งครกไม่พึงประสงค์”

3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพ และประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้รับบริการที่ยุติการตั้งครกไม่พึงประสงค์

4. แบบบันทึกภาคสนาม เป็นการบันทึกปฏิกิริยา การแสดงทางอารมณ์ หรือพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลทั้งในช่วงก่อน ขณะ และหลังการสัมภาษณ์

5. แบบบันทึกสะท้อนความคิด เป็นการบันทึกการสะท้อนความรู้สึกความคิด (reflexive journal) ของผู้วิจัยในสิ่งที่พบเห็นและเกิดขึ้นในระหว่างการ

สัมภาษณ์และการวิเคราะห์ข้อมูล

6. เครื่องบันทึกเสียง

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การศึกษานี้ใช้แนวคิดของลินคอล์นและกิบา (Lincoln & Guba, 1985) ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยยึดหลักดังนี้

1. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility)

ในการสัมภาษณ์มีการบันทึกเทปตลอดระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล มีการสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทุกครั้งที่มีการสัมภาษณ์จบลง (member checking)

2. การหลีกเลี่ยงความเป็นอคติไม่ใส่ความรู้สึกของผู้วิจัยในทุกขั้นตอน (dependability) ผู้วิจัยมีการจดบันทึกการสะท้อนความรู้สึกความคิดในสิ่งที่พบเห็นและเกิดขึ้นในระหว่างการศึกษา เพื่อเป็นการระมัดระวังในการไม่นำเอาความรู้สึกของตนเองไปตีความเหตุการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง

3. ความเชื่อมั่นคงเส้นคงวาของระเบียบวิธีวิจัย (confirmability) ผู้วิจัยมีการบันทึกเทปการสัมภาษณ์ตลอดการสัมภาษณ์ มีการถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ และวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กัน เพื่อทำความเข้าใจกับเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์และค้นหาความหมายที่ยังไม่ชัดเจนเพื่อนำไปถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง นอกจากนี้ผู้วิจัยมีการสะท้อนคิดพิจารณาตนเพื่อตรวจสอบผลกระทบจากความคิด ความรู้สึกและความพร้อมของตัวผู้วิจัยเองต่อกระบวนการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

4. ผลการวิจัยมีประโยชน์นำไปใช้ได้จริง (transferability) ในการสรุปผลการวิจัย ข้อมูลที่ได้เป็นการอ้างอิงเฉพาะกลุ่มไม่แสดงถึงการนำข้อมูลไปอธิบายถึงประชากรกลุ่มใหญ่เกินข้อเท็จจริง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอธิบายลักษณะของผู้ให้ข้อมูลและวิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทาง

และเป็นประโยชน์สำหรับผู้สนใจงานวิจัยนี้ไปใช้อ้างอิงต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลหาดใหญ่ ข้อความที่บันทึกเสียงถูกเก็บเป็นความลับ และทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การนำเสนอผลวิจัยนำเสนอในภาพรวม และไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบผู้ให้บริการทางสุขภาพเป็นรายบุคคลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากผลการวิจัยต่อส่วนรวม และขอความร่วมมือในการเป็นผู้ให้ข้อมูล

2. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล (individual interviews) โดยใช้คำถามปลายเปิด และพูดคุยแบบไม่เป็นทางการตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น และใช้การหยั่งลึก (probe) เมื่อจำเป็น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมลึกซึ้งและอ้อมตัวในประเด็นที่ต้องการศึกษา โดยมีการบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ นอกจากนี้ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้คำถามสะท้อนคิด (reflexive questions) เพื่อกระตุ้นความตระหนักของผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยถึงอคติทางเพศในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เมื่อสัมภาษณ์เสร็จในแต่ละครั้งผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนัดสัมภาษณ์ครั้งต่อไป และถอดเทปแบบคำต่อคำ

นอกจากนี้ผู้วิจัยมีการบันทึกภาคสนาม (field note) โดยผู้วิจัยสังเกตปฏิกิริยา การแสดงทางอารมณ์ หรือพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลทั้งในช่วงก่อน ขณะ และหลังการสัมภาษณ์ และมีการจดบันทึกปฏิกิริยา

เหล่านั้นหลังจากเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ทันที แต่ไม่มีการจดบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์ รวมทั้งมีการสะท้อนความคิด (reflexivity) ซึ่งผู้วิจัยจดบันทึกการสะท้อนความรู้สึก ความคิดของตนเองในสิ่งที่พบเห็นและเกิดขึ้นในระหว่างการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเป็นการระมัดระวังในการไม่นำเอาความรู้สึกของตนเองไปตีความเหตุการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

การสัมภาษณ์ดำเนินไปจนกระทั่งผู้วิจัยได้ข้อมูลอิ่มตัว ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีการให้สัมภาษณ์ 2-4 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลานานประมาณ 60-90 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลพร้อมๆ กับการรวบรวมข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) (Miller & Crabtree, 1992) ประกอบด้วย การจัดแฟ้ม (establishing files) การลงรหัสข้อมูล (coding the data) การจัดประเภทของข้อมูล (identify unit) การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่ (developing categories) การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ (interpretively determine connections) และการตรวจสอบความถูกต้อง (verify)

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ส่วนที่ 2 ทักษะของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายเมื่อมีการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคลากรทางสุขภาพจำนวน 13 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 10 คน แพทย์ 2 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน มีอายุอยู่ในช่วง 28-54 ปี (mean = 35.7, SD = 8.0) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.6 (n = 11) ทุกคนมีเชื้อชาติไทย

และนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ยกเว้นแพทย์ 2 คน ที่จบการศึกษาเทียบเท่าปริญญาเอก ประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพอยู่ในช่วง 5-28 ปี (mean = 11.5 SD = 7.0) ประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้รับบริการที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์อยู่ในช่วง 1-23 ปี (mean = 8.7 SD = 6.8)

ส่วนที่ 2 ทักษะของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายเมื่อมีการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ทักษะของผู้ให้บริการทางสุขภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายเมื่อมีการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ส่วนใหญ่เป็นทักษะที่เกิดจากการดูแลผู้หญิงเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการยุติการตั้งครรภ์และต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ผู้ให้บริการทางสุขภาพมีทักษะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายเมื่อมีการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ แบ่งเป็น 2 ทักษะ คือ ‘ผู้ชายร่วมดูแลผู้หญิง’ และ ‘ผู้หญิงดูแลตัวเอง’

1) ผู้ชายร่วมดูแลผู้หญิง บุคลากรทางสุขภาพมีมุมมองว่าเมื่อผู้หญิงต้องเผชิญกับผลข้างเคียงจากการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ผู้ชายต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเนื่องจากเหตุผล 3 ประการ คือ ‘ทำด้วยกัน’ ‘ผู้ชายทำ’ และ ‘ผู้หญิงเจ็บ’ เพราะการร่วมดูแลผู้หญิงเป็นการกระทำอย่างหนึ่งที่แสดงถึงความรับผิดชอบของผู้ชาย (ที่ดี)

ทำด้วยกัน บุคลากรทางสุขภาพส่วนหนึ่งมีมุมมองว่า การตั้งครรภ์เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ร่วมกันของทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ดังนั้น การยุติการตั้งครรภ์จึงถือว่าเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทั้งสองฝ่าย โดยเฉพาะเมื่อเกิดอาการแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ดังตัวอย่างคำพูดนี้

“การกระทำมันร่วมกันมันไม่ได้แบบว่าผู้หญิงทำคนเดียว ผู้ชายจะต้องร่วมรับผิดชอบมาดูแล

ผู้หญิงด้วย มันเป็นความรับผิดชอบอย่างหนึ่งของผู้ชายที่ดี ไม่ใช่ให้ผู้หญิงรับผิดชอบดูแลตัวเองคนเดียว ในขณะที่ผู้หญิงก็ต้องเจ็บตัวอยู่แล้ว”

“ผู้ชายต้องรับรู้ด้วยว่าตรงนี้นั้นมันเป็นคล้ายๆ สิ่งที่เราทำกันมาว่าง่ายๆ นอนกันมา มีเพศสัมพันธ์มาด้วยกัน ต้องร่วมรับรู้ว่าคุณผู้หญิงเป็นยังไงบ้าง เพราะกระทำด้วยกัน ต้องร่วมดูแลกัน”

ผู้ชายทำ บุคลากรทางสุขภาพส่วนหนึ่งมีมุมมองว่า การตั้งครรภ์เกิดขึ้นได้เนื่องจากฝ่ายชายเป็นฝ่ายเริ่มต้นหรือก่อให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นเมื่อเกิดการตั้งครรภ์และต้องยุติการตั้งครรภ์ ผู้ชายต้องร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้หญิง โดยบุคลากรทางสุขภาพควรเป็นผู้ที่กระตุ้นให้ผู้ชายตระหนักในการดูแลผู้หญิง ดังตัวอย่างคำพูดนี้

“สาเหตุมาจากใคร จากผู้ชาย แต่ผู้ชายไม่ดูแลผู้หญิงมันไม่ใช่ได้เรา (บุคลากรทางสุขภาพ) ก็ต้องพูดให้เค้าสำนึก ให้เค้าเข้าใจว่าคุณผู้หญิงนะเจ็บตัว แล้วสภาพจิตใจต้องเจออะไรหลายๆ สิ่งหลายอย่าง เปรียบกับความกลัว ต้องขูดมดลูก ต้องได้ยาสลบ ผู้หญิงต้องอยู่คนเดียวนะใจมันก็ฝ่อ ผู้หญิงก็อยากได้กำลังใจให้คนที่ทำให้เราเจ็บมันมาอยู่กับเรานะ เค้าก็ควรจะรับผิดชอบกับผู้หญิงด้วย มาดูแลผู้หญิง”

ผู้หญิงเจ็บ บุคลากรทางสุขภาพส่วนหนึ่งมีมุมมองว่า เมื่อผู้หญิงมีความเจ็บปวดจากอาการข้างเคียงของการยุติการตั้งครรภ์และต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ผู้ชายควรร่วมดูแลผู้หญิง จากที่ผู้ชายเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงต้องเผชิญกับความเจ็บปวดนั้น ดังตัวอย่างคำพูดนี้

“คือผู้ชายต้องมีส่วนร่วมในการดูแล เพราะว่าคือผู้หญิงจะปวดท้องมีเลือดออกจะตกเลือดช็อคอะไรอย่างนี้ ในขณะที่ผู้ชายเค้าไม่ต้องรับรู้ในจุดตรงนี้ ไม่ต้องมาเจ็บมาปวด เค้าต้องมาช่วยดูแลผู้หญิง มาช่วยเช็ดตัวช่วยทำโน่นทำนี่ คิดว่าเค้าน่าจะเข้ามามีส่วนร่วมให้เยอะๆ...ก็ผู้ชายก็เป็นสาเหตุหนึ่งนะที่ทำให้ผู้หญิง

เราต้องท้องแบบนี้ แล้วต้องไปทำแท้งอะไรอย่างนี้”

2) ผู้หญิงดูแลตัวเอง บุคลากรทางสุขภาพมีมุมมองว่า ผู้หญิงส่วนหนึ่งจำเป็นต้องดูแลตัวเองในการเผชิญกับผลที่ตามมาจากการยุติการตั้งครรภ์ (ที่ไม่ปลอดภัย) ซึ่งได้แก่ ผลข้างเคียงจากการยุติการตั้งครรภ์หรือการถูกประณาม โดยผู้ชายไม่จำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ ‘สิทธิพิเศษของผู้ชาย’ และ ‘ภาวะจำยอมของผู้หญิง’

สิทธิพิเศษของผู้ชาย บุคลากรทางสุขภาพส่วนหนึ่งมีมุมมองว่า สังคมให้สิทธิพิเศษแก่ผู้ชายในการแสวงหาความสุขทางเพศได้อย่างอิสระ ไม่คาดหวังความรับผิดชอบของผู้ชายต่อผลของการแสวงหาความสุขทางเพศ ในทางตรงกันข้ามสังคมกลับประณามและคาดหวังเอาความรับผิดชอบจากผู้หญิง เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการยุติการตั้งครรภ์ ผู้หญิงจึงต้องเป็นผู้รับผิดชอบดูแลตัวเองโดยปราศจากคนรักมาดูแล ดังตัวอย่างคำพูดนี้

“อาจจะเป็นด้วยค่านิยมของคนไทยที่ปลูกฝังกันมาที่ผู้ชายทำอะไรไม่ผิดมันจะ ผู้ชายไม่เสียหายถ้าผู้ชายทำผู้หญิงท้อง แต่ผู้หญิงเสียหายหากท้องมาอะไรอย่างเนี้ย เห็นมั๊ยคะดาราผู้หญิงที่ท้องสังคมก็ประณามกัน แต่เค้าไม่เห็นว่าคุณผู้ชายเลย ผู้หญิงถึงต้องปิดบังกันขนาดนั้น แล้วจะไม่ให้ปิดได้ยังไงในเมื่อสังคมคอยประณามเสียขนาดนั้น...ปิดบังใจก็ต้องไปทำแท้ง พอทำมาเค้าก็ว่ากันอีก ใจร้าย พอเป็นอะไรใครจะมาดูแลได้ ผู้หญิงก็ต้องดูแลตัวเอง ผู้ชายที่ทำให้ท้องก็หายไป มีเยอะแบบนี้ที่เจอที่ผู้ชายไม่มาเลย”

ภาวะจำยอมของผู้หญิง บุคลากรทางสุขภาพส่วนหนึ่งมีมุมมองว่า โดยทางสรีระ ผู้หญิงเป็นบุคคลที่ต้องตั้งครรภ์ และเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ผู้หญิงจึงต้องยอมเผชิญสภาวะเพื่อให้ตัวเองรอดพ้นจากความกดดัน โดยการยุติการตั้งครรภ์ และยอมเผชิญกับการถูกตำหนิจากสังคมเมื่อการยุติการ

ตั้งครรถ์นั้นถูกเปิดเผย ในทางตรงข้ามผู้ชายผู้ซึ่งไม่ต้องแบกรับการตั้งครรถ์ จึงมีโอกาสปกปิดการกระทำของตนเองโดยการปฏิเสธการกระทำนั้น ส่งผลให้ผู้หญิงต้องรับผิดชอบในการดูแลตัวเอง หรือยอมเผชิญกับการถูกดำเนินคดีเพียงผู้เดียว ดังตัวอย่างคำพูดนี้

“ผู้ชายที่เคยเจอเค้าจะไม่ยอมรับว่าผู้หญิงเป็นแฟนเค้า จะบอกว่าเพื่อน แต่ผู้หญิงจะเป็นคนบอกว่่านั่นแฟน...คือแบบประมาณผู้ชายเค้ากลัว กลัวพยาบาลจะดุคำหรือว่ากลัวหมอจะดำเนินอะไรประมาณนั้น แต่ผู้หญิงหลีกเลี่ยงไปไหนไม่ได้เง็บขนาดนั้น ตกเลือดอยู่ ก็ต้องทน ต้องยอมให้คนอื่นว่า ไปไหนไม่ได้”

การมีทัศนคติที่แตกต่างกันของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายเมื่อยุติการตั้งครรถ์ไม่เพียงประสงค์ คือ “ผู้ชายร่วมดูแลผู้หญิง” และ “ผู้หญิงดูแลตัวเอง” มีผลมาจากฐานคิดหลักในเรื่องการยุติการตั้งครรถ์ 2 ประเด็น ได้แก่ การเข้าใจในเหตุผลของผู้หญิงที่ต้องยุติการตั้งครรถ์ และ การนำความเชื่อกันคติส่วนตัวตนมาตัดสิน

เข้าใจ : ผู้หญิงมีเหตุผลของตัวเอง บุคลากรทางสุขภาพส่วนหนึ่งเข้าใจในเหตุผลทางสังคมที่ทำให้ผู้หญิงต้องยุติการตั้งครรถ์ไม่เพียงประสงค์ เพราะไม่มี ผู้หญิงคนใดที่ต้องการตั้งครรถ์เพื่อไปยุติการตั้งครรถ์ ดังตัวอย่างคำพูดนี้

“ผู้หญิงเค้าต้องทำให้ตัวเองพ้นจากสภาพนั้นไป ให้ไปเรียนหนังสือได้ ให้ทุกคนไม่รู้ ให้พ่อแม่สบายใจ”

“ผู้หญิงเค้ามีเหตุผล เค้าจำเป็นต้องทำ ส่วนใหญ่มีปัญหาทั้งนั้น ไม่งั้นไม่มีใครอยู่ๆ ก็มาทำแท้งหรอก”

การจะเข้าใจผู้หญิงที่เลือกการยุติการตั้งครรถ์ไม่เพียงประสงค์เป็นทางออกของปัญหา ต้องอาศัยเวลาในการพูดคุย จะทำให้เข้าใจในเหตุผลของผู้หญิง ที่ความคาดหวังของสังคมบีบบังคับให้ต้องตัดสินใจยุติ

การตั้งครรถ์ ไม่ควรตัดสินผู้หญิงเพียงเพราะทำผิดกฎที่สังคมตั้งไว้ ดังตัวอย่างคำพูดนี้

“แรกๆ ไม่เข้าใจว่าทำไมเขาถึงต้องทำร้ายตัวเองขนาดนี้ พอหลังๆ เราอยู่กับเขานานๆ ทำงานนานๆ คุยกับเขา (ผู้หญิง) มากๆ รู้ว่าปัญหามันซับซ้อนมันเป็นภาวะจิตใจที่บางทีเรา เราไม่รู้ลึก ไม่ว่าปัญหาทางจิตใจของเขาจริงๆ เป็นยังไง...บางทีการตั้งครรถ์ถ้าเค้าไม่พร้อมจริงๆ มันก็ยากที่จะเลี้ยงดูเด็กสักคนหนึ่งถ้ายังพ่อแม่หรือญาติพี่น้องไม่รับตรงนั้นแล้ว มีปัญหาครอบครัวเยอะนะ...แล้วถ้ายังอยู่ในวัยเรียน กำลังเรียน กำลังสอบอยู่ แล้วมาตั้งครรถ์เค้าก็เครียดนะ เค้าไม่มีทางออก”

แม้การยุติการตั้งครรถ์ไม่เพียงประสงค์เป็นการกระทำที่สังคมระบุว่าเป็นสิ่งที่ผิดศีลธรรม แต่ควรมีข้อยกเว้น เมื่อผู้หญิงมีความจำเป็นที่ต้องยุติการตั้งครรถ์เนื่องจากเหตุผลความจำเป็นตามบริบทของตัวเอง ดังตัวอย่างคำพูดนี้

“บางทีมันอาจจะค้านกับจริยธรรม ศีลธรรม แต่ว่านั่นจำเป็นสำหรับผู้หญิงบางคน ต้องยกเว้นบ้าง ผู้หญิงมีเหตุผลของเค้า”

เมื่อบุคลากรทางสุขภาพมีความเข้าใจในเหตุผลที่ผู้หญิงต้องยุติการตั้งครรถ์ไม่เพียงประสงค์ จะแสดงพฤติกรรมยอมรับผู้หญิงกลุ่มนี้ และไม่ต้องการให้ผู้หญิงเผชิญความทุกข์แต่เพียงผู้เดียว แต่จะส่งเสริมให้ผู้ชายผู้ซึ่งร่วมกระทำด้วยกันเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาจากผลที่ตามมาจากการยุติการตั้งครรถ์ ส่งผลให้ผู้หญิงมีความรู้สึกที่ดีต่อบุคลากรทางสุขภาพ กล้าระบายความรู้สึกและปัญหาต่างๆ กับบุคลากรทางสุขภาพ ดังตัวอย่างคำพูดนี้

“ถ้าเราเข้าใจในเหตุผลของเค้ามีทัศนคติที่ดีก็จะรู้สึกเห็นใจอยากจะช่วยเหลือ เราก็ได้พูดคุยหัวเราะ ยิ้มแย้มกับเค้ามากขึ้น เค้าก็ได้อธิบายความรู้สึกของเค้า เค้าก็มองภาพเราเปลี่ยนไป เค้าจะรู้สึกดีกับเจ้าหน้าที่มากขึ้นว่า เจ้าหน้าที่ไม่ได้อคติกับเค้า เค้าก็

พยายามระบายความไม่สบายใจอะไรออกมาขึ้น... เราก็เข้าใจเข้ามาขึ้น แล้วก็อยากให้แฟนเค้าช่วยด้วยกัน มีอะไรก็จะแนะนำเค้าทั้ง 2 คน ให้ดูแลกัน ช่วยกัน เพราะผู้หญิงเค้าก็ทุกข์มากแล้ว”

ตัดสินใจด้วยทัศนคติส่วนตัว บุคลากรทางสุขภาพส่วนหนึ่งมีมุมมองต่อการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ว่าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย หรือการยุติการตั้งครรภ์นั้นเป็นบาป รวมทั้งการยุติการตั้งครรภ์เป็นพฤติกรรมของผู้หญิงไม่ดี จึงใช้ทัศนคติ ความคิด ความเชื่อของตัวเองตัดสินผู้หญิง หรือกำหนดทางเลือกให้แก่ผู้หญิง แทนที่จะฟังเสียงความต้องการของผู้หญิง

บุคลากรทางสุขภาพที่มีทัศนะว่า การยุติการตั้งครรภ์เป็นสิ่งผิดกฎหมาย สถานพยาบาลไม่สามารถยุติการตั้งครรภ์ให้ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้ ส่งผลให้มีความเชื่อว่า เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ขึ้น แม้ว่าจะเป็น การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ต้องดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไป จึงส่งเสริมให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป มากกว่าการให้ทางเลือกอื่นแก่ผู้หญิง แม้จะทราบว่ายุติแล้วผู้หญิงต้องพยายามหาทางออกโดยการยุติการตั้งครรภ์ (ที่ไม่ปลอดภัย) และผู้หญิงกลุ่มนี้มักกลับมาด้วยอาการแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ ดังตัวอย่างคำพูดนี้

“ถ้าเค้าไม่แท้ง เราก็ให้คำแนะนำเรื่องการ ANC (ฝากครรภ์) ถ้าเราคุยแล้วเค้ายืนยันที่จะเอาออก เราก็จะประสานกับ OSCC (one stop crisis center) ของโรงพยาบาล ให้เค้ามาช่วยคุยอีกครั้ง..จริง ๆ แล้วคืออยากให้เค้าตั้งครรภ์ต่อ...หลังจากแนะนำอะไรหมดแล้วเค้ายืนยันที่จะทำจริง ๆ แต่ไม่เข้าเกณฑ์ที่ทำได้ของโรงพยาบาล ก็ให้คนไขกลับใจไป เค้ากลับไปส่วนมากจะกลับไปทำแท้ง...กลับมาที่เราอีกทีก็แบบตกเลือดมา...เรารู้สึกว่าเราให้ทางเลือกกับเค้าแล้วซึ่งน่าจะเป็นทางเลือกที่ดีแต่เค้าไม่เลือกเราก็มักกับเค้าไม่ได้”

บุคลากรทางสุขภาพส่วนหนึ่งมีมุมมองว่า

การยุติการตั้งครรภ์นั้นผิดหลักศาสนา เป็นการทำลายชีวิต ซึ่งถือว่าเป็นบาป ทำให้ไม่ยอมรับเหตุผล ความจำเป็น หรือเสียงของผู้หญิง จนปฏิเสธการให้ทางเลือกแก่ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ นอกจากต้องการให้ดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไป

“เรานับถือศาสนาพุทธ การทำแท้งมันเป็นสิ่งที่ผิด มันไม่ถูกต้องกับวัฒนธรรมที่เราสั่งสมมาว่าเรานับถือศาสนาพุทธ ศาสนาสอนเราว่าไม่ฆ่าสัตว์ตัดชีวิต...หมอ พยาบาลเรียนมาเพื่อช่วยชีวิตคน ไม่ได้เรียนมาเพื่อฆ่าคน ถ้าเด็กยังอยู่ที่นั่นฝากครรภ์ ยังมีบ้านลูกเดิน”

อย่างไรก็ตาม มีบุคลากรทางสุขภาพส่วนหนึ่งจะยอมรับการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในกรณีที่ เป็นลูกหรือญาติพี่น้องของตนเอง โดยพยายามปรับทัศนคติและหันกลับมาฟังเสียง หรือข้อเรียกร้อง/เหตุผลของผู้หญิง โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้หญิงนั้นกำลังศึกษาอยู่ แม้รู้ดีว่าการยุติการตั้งครรภ์จะเป็นบาปก็ตาม ดังตัวอย่างคำพูดนี้

“ถ้าเรามาย้อนกลับไปว่าเด็กคนนั้นคือลูกหลานของเราเธอ และเค้ายังเป็นนักเรียนนะ... ไข่ ก็คงหาวิธีทาง เพราะว่าอนาคตของเค้าไข่ม้อย หาแหล่งที่ปลอดภัยให้ทำ(ยุติการตั้งครรภ์)...เราก็ต้องยอมนะรู้ว่าบาปแต่ว่าอนาคตของเค้า”

นอกจากนี้บุคลากรทางสุขภาพส่วนหนึ่งมีมุมมองว่า ผู้หญิงที่เคยยุติการตั้งครรภ์ และเป็นการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย จะทำให้ไม่พยายามป้องกันการตั้งครรภ์ และเมื่อตั้งครรภ์จะยุติการตั้งครรภ์อีกเป็นวงจรไปเรื่อย ๆ จึงไม่พยายามให้ทางเลือกอื่นกับผู้หญิงที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ นอกจากจะ ให้ดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไป ดังตัวอย่างคำพูดนี้

“จะไม่แนะนำ (การยุติการตั้งครรภ์) คือกลัว กลัวว่าต่อเค้าจะทำอีก เดี่ยวต่อไปมันก็จะทำอีก ไปทำแท้งอีกเรื่อย ๆ อะไรแบบนั้นนะก็เลยไม่คิดจะแนะนำ ถ้าเด็กยังอยู่ที่นั่นฝากท้อง”

บุคลากรทางสุขภาพส่วนหนึ่งมีมุมมองว่า ผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เป็นผู้หญิงที่ไม่อยู่ในกรอบที่สังคมคาดหวัง กล่าวคือ ผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน ตั้งครรภ์ก่อนสมรส โดยเฉพาะผู้หญิงที่อยู่ในวัยเรียน แสดงถึงการเป็นผู้หญิงรักสนุก หรือผู้หญิงไม่ดี ดังตัวอย่างคำพูดนี้

“บางทีก็เบื่อเหมือนกัน พวกทำแท้งมาแบบว่านักเรียนอะไรอย่างนี้ก็ไม่ค่อย happy เท่าไหร่ ไม่ชอบ...เราก็ดูแลทั่วๆ ไป ทำไรมาไม่ได้ ต้องปลงว่าเออมันเป็นวิถีชีวิตของเขาแล้วแต่เขา ถ้าทำตัวเองจะไปอะไรกับเขามากไม่ได้...ส่วนใหญ่เพราะเค้ารักสนุกน่ะ ส่วนใหญ่เป็นแบบไม่ค่อยดีเท่าไร ผู้ชายที่ไหนจะรักจริงถ้าเจอผู้หญิงแบบนี้”

อภิปรายผล

บุคลากรทางสุขภาพมีทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของผู้ชายเมื่อยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ชายร่วมดูแลผู้หญิง และผู้หญิงดูแลตัวเอง

1. ผู้ชายร่วมดูแลผู้หญิง บุคลากรทางสุขภาพบางส่วนมีทัศนะว่า ผู้ชายต้องร่วมดูแลผู้หญิงเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ เนื่องด้วยเหตุผลทำด้วยกัน ผู้ชายทำ และ ผู้หญิงเจ็บ กล่าวคือการตั้งครรภ์เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ร่วมกันของทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ดังนั้น การยุติการตั้งครรภ์ซึ่งเป็นผลมาจากการมีเพศสัมพันธ์นั้นจึงถือว่าเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทั้งสองฝ่ายเช่นกัน โดยเฉพาะเมื่อเกิดอาการแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ในทำนองเดียวกันการที่ผู้ชายเป็นฝ่ายเริ่มต้นหรือก่อให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ ผู้ชายควรร่วมรับผิดชอบต่อผลของการกระทำ นั่นคือร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้หญิง รวมถึงเมื่อผู้หญิงต้องเผชิญความเจ็บปวดกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการยุติการตั้งครรภ์ ผู้ชายควรร่วมดูแลผู้หญิงเช่นกัน จาก

ที่ผู้ชายเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงต้องเผชิญกับความเจ็บปวดนั้น ซึ่งเป็นทัศนคติที่สะท้อนถึงการมีมุมมองความเสมอภาคทางเพศ (gender equity) แสดงถึงการมีความยุติธรรมต่อทั้งผู้หญิงและผู้ชาย บุคลากรทางสุขภาพกลุ่มนี้จะตระหนักถึงการกระตุ้นให้ผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้หญิง ซึ่งสอดคล้องกับการประชุมว่าด้วยประชากรกับการพัฒนา (International Conference on Population and Development หรือ ICPD'94) ได้ระบุเนื้อหาไว้ในแผนปฏิบัติการ (program of action หรือ ICPD PoA) ว่าควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ชายในอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ซึ่งรวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ชายมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการมีความสัมพันธ์ทางเพศ กล่าวคือผู้ชายไม่เพียงเฉพาะจะแสวงหาความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์ แต่ต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อผลของการกระทำนั้นด้วย (UNFPA, 1994)

2. ผู้หญิงดูแลตัวเอง บุคลากรทางสุขภาพบางส่วนมีทัศนะว่า ผู้หญิงต้องดูแลตัวเองเมื่อต้องเผชิญกับผลที่ตามมาจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งได้แก่ ผลข้างเคียงจากการยุติการตั้งครรภ์หรือการถูกประณาม โดยผู้ชายไม่จำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบ เนื่องจาก เป็นสิทธิพิเศษของผู้ชายและความจำยอมของผู้หญิง

2.1 สิทธิพิเศษของผู้ชาย บุคลากรทางสุขภาพส่วนหนึ่งมีมุมมองในการให้สิทธิพิเศษแก่ผู้ชายในการสามารถแสวงหาความสุขทางเพศได้อย่างอิสระ โดยไม่คาดหวังความรับผิดชอบต่อผลของการแสวงหาความสุขทางเพศ ในทางตรงกันข้ามสังคมกลับประณามและคาดหวังเอาความรับผิดชอบจากผู้หญิงที่ต้องการมีความสุขทางเพศ ส่งผลให้เมื่อเกิดผลที่ตามมาจากการยุติการตั้งครรภ์ ผู้หญิงบางส่วนจึงต้องเป็นผู้รับผิดชอบดูแลตัวเองโดยปราศจากคนรักมาดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่สังคมมักประณามและคาดหวังเอาความรับผิดชอบ

จากผู้หญิงที่ “ยอม” ให้มีเพศสัมพันธ์เกิดขึ้น แต่ไม่คาดหวังความรับผิดชอบเหล่านี้จากผู้ชาย ทำให้ผู้ชายไม่ค่อยได้มีบทบาทหรือส่วนร่วมในการดูแลผู้หญิง (กนกวรรณ ธรรมารณ, 2545; Chatchawet, 2009) ซึ่งเป็นทัศนคติที่สะท้อนถึงความไม่เสมอภาคทางเพศ (gender inequity) หรือ มื้อคติทางเพศ (gender bias) ที่สังคมใช้มาตรฐานเชิงซ้อนทางเพศ (sexual double standard) ในการปฏิบัติต่อผู้หญิงและผู้ชาย

2.2 ภาวะจำยอมของผู้หญิง สิ่งสะท้อนถึงความไม่เสมอภาคทางเพศอีกประเด็นหนึ่งคือ การใช้ลักษณะทางกายภาพของผู้หญิงและผู้ชายเป็นตัวกำหนดความรับผิดชอบทำให้ผู้หญิงจำยอมรับผิดชอบดูแลตัวเอง กล่าวคือ โดยลักษณะทางกายภาพ ผู้หญิงเป็นบุคคลที่ต้องตั้งครรภ์ และเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ผู้หญิงจึงต้องยอมเผชิญเพื่อให้ตัวเองรอดพ้นจากความกดดันโดยการพาตัวเองไปยุติการตั้งครรภ์ และต้องยอมรับกับการถูกตำหนิจากสังคม เมื่อการยุติการตั้งครรภ์นั้นถูกเปิดเผย ในทางตรงข้ามผู้ชายผู้ซึ่งไม่ต้องแบกรับการตั้งครรภ์ จึงมีโอกาสปกปิดการกระทำของตนเองโดยการปฏิเสธการกระทำนั้น เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ลักษณะทางกายภาพทำให้ผู้หญิงต้องรับผิดชอบในการดูแลตัวเอง หรือถูกตำหนิแต่เพียงผู้เดียว (Chatchawet, 2009; Whitterka, 2002b)

การมีทัศนคติที่แตกต่างกันของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชายเมื่อยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มีผลมาจากฐานคิดหลักในเรื่องการยุติการตั้งครรภ์ 2 ประเด็น ได้แก่ การเข้าใจในเหตุผลของผู้หญิงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ และ การไม่ฟังเสียงผู้หญิง จากการนำความเชื่อ ทัศนคติส่วนตัวมาตัดสิน

1. เข้าใจ: ผู้หญิงมีเหตุผลของตัวเอง บุคลากรทางสุขภาพบางส่วนมีมุมมองที่แสดงถึงความเข้าใจในเหตุผลของผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ไม่ว่า

เหตุผลภายใต้การตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ของผู้หญิงคืออะไร ซึ่งอาจเป็นเหตุผลทางสังคมที่คนในสังคมรวมถึงพ่อแม่มักคาดหวังกับลูกสาวว่าต้องปฏิบัติตนเป็นผู้หญิงที่ดีดังกรอบของสังคมไทยกำหนดไว้ ซึ่งได้แก่ การไม่มีเพศสัมพันธ์ หรือตั้งครรภ์ในวัยเรียนหรือก่อนสมรส ทำให้ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์นอกกฎหมายการเป็นผู้หญิงที่ดี ต้องพยายามปกปิดการตั้งครรภ์นั้นไว้ไม่ให้ใครรู้ ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติในสังคม วิธีปกปิดการตั้งครรภ์ที่ผู้หญิงที่ไม่มีทางเลือกมักเลือกคือ การยุติการตั้งครรภ์ การไม่ตัดสินใจยุติเพียงเพราะทำผิดกฎที่สังคมตั้งไว้ ถ้าบุคลากรทางสุขภาพเข้าใจว่า ไม่มีผู้หญิงคนใดที่ต้องการตั้งครรภ์เพื่อไปยุติการตั้งครรภ์ จะทำให้บุคลากรทางสุขภาพแสดงพฤติกรรมยอมรับและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้หญิงกลุ่มนี้ ทำให้ผู้หญิงกลุ่มนี้มีที่พึ่ง กล้าระบายความรู้สึกและปัญหาต่างๆกับบุคลากรทางสุขภาพ รวมทั้งผู้หญิงไม่ต้องรับภาระหรือเผชิญความทุกข์แต่เพียงผู้เดียวจากที่บุคลากรทางสุขภาพได้ส่งเสริมให้ผู้ชายเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาจากผลที่ตามมาจากการยุติการตั้งครรภ์ หรือดูแลผู้หญิง ดังการศึกษาของ ชัชเวช (Chatchawet, 2009) ที่ผู้หญิงเรียกร้องให้สังคมรวมทั้งบุคลากรทางสุขภาพเข้าใจเหตุผลที่ผู้หญิงต้องยุติการตั้งครรภ์ภายใต้บริบทของผู้หญิงเอง โดยไม่นำบริบทของตัวเองมาตัดสินผู้หญิง

2. ตัดสินด้วยทัศนคติส่วนตัว บุคลากรทางสุขภาพบางส่วนมีมุมมองที่มีอคติต่อผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ใช้ความเชื่อหรือทัศนคติของตนเองในการตัดสินผู้หญิงกล่าวคือไม่รับฟังข้อเรียกร้องหรือเหตุผลของผู้หญิงในการยุติการตั้งครรภ์ที่อยู่นอกเหนือกฎหมายของสังคม ได้แก่ 1) การมีเหตุผลของการยุติการตั้งครรภ์ที่อยู่นอกเหนือกฎหมายกำหนด 2) การที่ศาสนาระบุว่า การยุติการตั้งครรภ์เป็นการทำลายชีวิตซึ่งถือว่าเป็นบาปและผิดจริยธรรม จากรายงานที่ผ่านมา มีบุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่นิ่งถึง

ฐานคิดทางจริยธรรมมากกว่าการพึงเสียงผู้หญิง (Phaosavasdi et al., 2007) หรือ 3) ความเชื่อที่ว่า ผู้หญิงที่เคยยุติการตั้งครรภ์แล้ว ในครั้งต่อไปจะไม่พยายามป้องกันการตั้งครรภ์ และเมื่อตั้งครรภ์จะต้องยุติการตั้งครรภ์อีกเป็นวงจรไปเรื่อย ๆ รวมทั้ง 4) จากวัฒนธรรมชายเป็นใหญ่ที่ดังกล่าให้ผู้หญิงอยู่ในกรอบที่สังคมคาดหวัง กล่าวคือการไม่ให้ผู้หญิงมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน หรือการไม่ตั้งครรภ์ก่อนสมรส โดยเฉพาะผู้หญิงที่อยู่ในวัยเรียน แต่ผู้ชายสามารถมีอิสระในการแสวงหาความสุขทางเพศ ถ้าผู้หญิงยอมให้มีพฤติกรรมเหล่านั้นเกิดขึ้น แสดงถึงการเป็นผู้หญิงรักสนุก หรือผู้หญิงไม่ดี เหตุผลดังกล่าวข้างต้น ทำให้เสียงของบุคลากรทางสุขภาพที่สอดคล้องกับกฎเกณฑ์ของสังคมดังกล่าว ส่งผลให้บุคลากรทางสุขภาพไข่มุมมอง ทศนคติของตัวเองที่ได้รับอิทธิพลจากการขัดเกลาของสังคม ในการตัดสินใจหรือเลือกทางเดินให้ผู้หญิงซึ่งบางครั้งอาจไม่ใช่สิ่งที่ผู้หญิงต้องการ เช่น การพยายามให้ผู้หญิงตั้งครรภ์ต่อไปรวมถึงผู้หญิงจะถูกผลักดันให้รับผิดชอบผลของการกระทำที่เกิดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ แต่เพียงผู้เดียว หรือดูแลตัวเอง เช่น การเผชิญกับผลข้างเคียงจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือการ ถูกตีตราว่าเป็นผู้หญิงรักสนุก หรือผู้หญิงไม่ดี เป็นต้น (ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์, 2544; Whittaker, 2002a)

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. บุคลากรทางสุขภาพควรตระหนักถึงการยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ว่าเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ชายในการดูแลผู้หญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
2. บุคลากรทางสุขภาพไม่ควรนำทัศนคติอคติ และมุมมองของตนเองที่เกี่ยวข้องกับการยุติการ

ตั้งครรภ์มาตัดสินทั้งผู้หญิงและผู้ชายที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ บุคลากรทางสุขภาพควร “เข้าใจ” และ “เคารพ” ในการตัดสินใจของผู้หญิง ผู้หญิงทุกคนที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ย่อมมีเหตุผลของตนเองและการตัดสินใจนั้นคือทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับบริบทของตนเองในขณะนั้น

ด้านการวิจัย

ควรพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษาผู้รับบริการที่เผชิญกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการยุติการตั้งครรภ์ ที่คำนึงถึงการดูแลโดยมีความไวในเพศภาวะ และการตระหนักถึงกรรมมีส่วนร่วมของผู้ชาย เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการทางสุขภาพที่เป็นธรรมแก่ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย

ด้านการศึกษา

สถานศึกษาที่ผลิตบุคลากรผู้ดูแลสุขภาพของประชาชน ควรปลูกฝังให้ผู้เรียนมีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเสมอภาคทางเพศ หรือความเสมอภาคหญิงชายในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่สามารถให้บริการที่เข้าใจ ยอมรับความจำเป็นตามบริบทของแต่ละบุคคล และไม่ใช้ทัศนคติส่วนตัวในการตัดสินผู้อื่น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สัญญาเลขที่ NUR 520121S

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ ธรารวรรณ. (2545). *รายงานผลการวิจัย บันทึกประสบการณ์ของผู้หญิงที่ตั้งท้องเมื่อไม่พร้อม*. กรุงเทพฯ: โครงการรณรงค์เพื่อสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ สภาประชากร.
- มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง. (2547). *สรุปสถานการณ์ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของ*

ประเทศไทย. กรุงเทพฯ.

ศิริวรรณ ไกรสุพงษ์. (2544). บทบาทหญิงชายกับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาลรัฐของประเทศ. ใน นุปผา ศิริรัมย์ และจรรยา เศรษฐบุตร (บรรณาธิการ), *รายงานการวิจัยโครงการพัฒนางานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ ชุดที่ 4* (หน้า 135-201). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุชาติ รัชกุล. (2541). *การตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาและการตัดสินใจทำแท้ง*. วิทยานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Chatchawet, W. (2009). *Male participation regarding termination of unwanted pregnancy*. Unpublished Doctoral Dissertation, Chiang Mai University, Thailand.

Chatchawet, W., Sripichyakan, K., Kantaruksa, K., Nilmanat, K., & O'Brien, B. (2010). Support from Thai male partners when an unwanted pregnancy is terminated. *Pacific Rim International Journal of Nursing*, 14(3), 249-261.

Isarabhadri, P. (1999). *Sexual attitudes and experience of rural Thai youth*. Nakhonpatom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Jackson, D. & Mannix, J. (2004). Giving voice to the burden of blame: A feminist study of mothers' experiences of mother blaming. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 150-158.

Lincoln, S. Y., & Guba, G. E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: SAGE.

Kanato, M. (1998). *Sexual behavior*. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand.

Miller, W. L., & Crabtree, B. F. (1992). Primary care research: A multimethod typology and qualitative road map. In B. F. Crabtree & W. L. Miller (Eds.), *Doing qualitative research* (pp. 3-28). Newbury Park: SAGE.

Phaosavasdi, S., Taneepanichskul, S., Tannirandon, Y., Uerphairojkit, B., Phupong, V., Pruksapong, C., et al. (2007). Ethics and abortion. *Journal of Medical Association of Thailand*, 90 (80), 1689-1690.

The United Nations. (1995). *Fourth world conference on women platform for action*. Retrieved November 15, 2004, from <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/plat1.htm>

_____. (2010). *UN women annual report 2010-2011*. New York: The communications section of UN women.

UNFPA. (1994). *International conference on population and development (ICPD)*. Retrieved November 15, 2004, from <http://www.unfpa.org/icpd/icpd.htm>

Whittaker, A. (2002a). Reproductive inequalities: Abortion policy and practice in Thailand. *Women & Health*, 35(4), 101-119.

_____. (2002b). The truth of our day by day lives: Abortion decision-making in rural Thailand. *Culture Health Sexuality*, 4(1), 1-20.