

# ผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมาย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

## ประภาส หมีทอง

กลุ่มงาน สูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ ระบาดวิทยา อาการทางคลินิก การรักษาและภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งผิดกฎหมายในผู้ป่วยซึ่งมารับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ตั้งแต่ 1 มกราคม 2545 ถึง 31 ธันวาคม 2549 รวบรวมข้อมูลจากทะเบียนประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมาย ข้อมูลที่ศึกษาประกอบด้วย อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนครรภ์ที่อายุครรภ์ วิธีการทำแท้ง การรักษา ระยะเวลาที่นอนในโรงพยาบาล ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่พบ

ผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมายที่มารับการรักษา ภายในเวลา 5 ปี มีปริมาณคงที่ไม่ลดลง ในจำนวนนี้ประมาณครึ่งหนึ่งมีอายุน้อยกว่า 20 ปี (48.92%) และเป็นนักเรียน นักศึกษา (51.08%) มีแนวโน้มที่จะเป็นคนโสดมากขึ้นจากร้อยละ 33.09 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 67.46 ในปี 2549 ส่วนใหญ่เป็นครรภ์ที่ 1 (66.15%) และมีอายุครรภ์ 4 ถึง 16 สัปดาห์ (80.00%) วิธีการทำแท้งโดยใส่สายยางสวนปัสสาวะเข้าไปในโพรงมดลูก (88%) ทำให้เกิดการติดเชื้อ (89.07%) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง (33.69%) และเสียชีวิต (0.31%)

การทำแท้งผิดกฎหมายจำนวนมากมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ทำให้เกิดการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และเสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็นนักเรียน นักศึกษา มีอายุน้อย จึงเป็นปัญหาสาธารณสุขและสังคม ต้องการความร่วมมือ เพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไขต่อไป

**คำสำคัญ:** การทำแท้งผิดกฎหมาย, ภาวะแทรกซ้อน, การติดเชื้อ

### บทนำ

การทำแท้ง (abortion) คือการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อน 28 สัปดาห์ หรือทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม เป็นการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนที่ทารกจะสามารถพัฒนาจนรอดชีวิต<sup>(1-3)</sup> ซึ่งมีหลายชนิด แต่ภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่จากการแท้งคือการแท้งที่ไม่ปลอดภัยหรือการทำแท้งผิดกฎหมาย<sup>(4-5)</sup>

การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเป็นปัญหาที่บั่นทอนสุขภาพกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตของหญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยพบว่าการ

ทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเป็นสาเหตุการตายของมารดา<sup>(4-6)</sup> จากการสำรวจของกรมอนามัย พบว่า ร้อยละ 40 เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังแท้ง และพบว่าอัตราการตายของผู้หญิงจากการทำแท้งในปี พ.ศ. 2542 สูงถึง 300 คนต่อ 100,000 ผู้หญิงที่ทำแท้ง<sup>(7)</sup> และข้อมูล สปสช. ปี พ.ศ. 2547 พบผู้หญิงเข้ารับการรักษาหลังแท้ง 13,833 คน ในจำนวนนี้มีภาวะแทรกซ้อนหลังแท้งร้อยละ 36.2 และเสียชีวิต 12 คน

การรักษาผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมายขึ้นอยู่กับอาการ อาการแสดง พยาธิสภาพ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

เริ่มจากการรักษาทั่วไป แก้ไขภาวะสมดุลย์ของน้ำและเกลือแร่ ให้เลือดถ้าหากเสียเลือดมาก ให้ยาปฏิชีวนะ วัคซีนกันบาดทะยัก ถ้ารักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้นพิจารณา ตัดมดลูกและปีกมดลูกทั้งสองข้าง<sup>(1-3)</sup> ทำให้เกิดปัญหา ในการเจริญพันธุ์ของผู้ป่วย

โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ และจังหวัดเพชรบูรณ์ พบ อุบัติการณ์แท้งติดเชื้อมาก โดยเกือบทั้งหมดเป็นการ ทำแท้งผิดกฎหมาย (septic criminal abortion) และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ที่มีอายุน้อย<sup>(7)</sup> การแท้งติดเชื้อจากการทำแท้งผิด กฎหมายเป็นปัญหาสำคัญ จึงศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินสถานการณ์การทำแท้งผิดกฎหมายติดเชื้อ ในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์

### วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ในผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยทำแท้งผิดกฎหมายเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย นรีเวชกรรม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2545 ถึง 31 มกราคม 2549 โดยศึกษาจากทะเบียน ประวัติและเวชระเบียนให้ทราบถึงข้อมูลของผู้ป่วยตั้งแต่ อายุ อาชีพ ภูมิลำเนา สถานภาพสมรส สาเหตุของการ ทำแท้ง การรักษา ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่พบ แล้ว นำมาศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงค่าเป็นร้อยละ

ตารางที่ 1 อายุของผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมายรายปี (พ.ศ.2545-2549)

พ.ศ.	2545		2546		2547		2548		2549		รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
11 - 20	67	48.20	64	52.46	67	51.15	60	45.45	60	47.62	318	48.92
21 - 30	52	37.41	33	27.05	41	31.30	51	38.64	40	31.75	217	33.38
31 - 40	19	13.67	18	14.75	15	11.45	19	14.39	23	18.25	94	14.46
41 - 50	1	0.72	7	5.74	8	6.10	2	1.52	3	2.38	21	3.23
รวม	139	100	122	100	131	100	132	100	126	100	650	100

### นิยามการแท้งชนิดต่าง ๆ ในการศึกษา

การทำแท้งผิดกฎหมาย คือการทำแท้งโดยไม่มีข้อ บังชี้ทางการแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นการลักลอบทำ หรือ การทำแท้งเถื่อน

**การแท้งครบ** คือการแท้งที่ทารก รก และเยื่อหุ้ม ทารกแท้งออกหมด

**การแท้งไม่ครบ** คือการแท้งที่ส่วนของรกและ/หรือ เยื่อหุ้มทารกแท้งออกไม่หมด คงมีบางส่วนค้างอยู่ ภายในโพรงมดลูก

**การแท้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้** คือการแท้งที่การตั้ง ครรภ์ไม่สามารถดำเนินต่อไปได้ การตั้งครรภ์ต้องสิ้นสุด ลง

**การแท้งติดเชื้อ** คือการแท้งที่มีอาการแสดงการ ติดเชื้อเฉพาะระบบสืบพันธุ์หรือร่างกายทั่วไป โดยมีไข้ ตั้งแต่ 38 องศาเซลเซียสขึ้นไป อย่างน้อย 2 วัน หรือ ตั้งแต่ 38.9 องศาเซลเซียสขึ้นไป เพียงครั้งเดียว<sup>(1-3)</sup>

### ผลการศึกษา

กลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นหญิงทั้งหมดจำนวน 650 คน มีพิสัยของอายุ อยู่ในช่วง 11 ถึง 45 ปี อายุเฉลี่ย 22.2 ปี ผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมายประมาณครึ่งหนึ่งอายุน้อยกว่า 20 ปี (48.92%) และอายุน้อยกว่า 30 ปี ถึง ร้อยละ 82.30 จำนวนผู้ป่วยในแต่ละปี ค่อนข้างคงที่ ใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 1)

พบผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมายมารับการรักษาสูงสุด

ผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมายที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=650)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	349	53.69
สมรส	301	46.31
<b>อาชีพ</b>		
นักเรียน นักศึกษา	332	51.08
รับจ้าง	179	27.54
แม่บ้าน	40	6.15
ทำนา/ทำไร่	48	7.38
ค้าขาย	20	3.08
ข้าราชการ	5	0.77
ไม่มีอาชีพ	26	4.00
<b>ภูมิลำเนา</b>		
อำเภอเมืองเพชรบูรณ์	480	73.85
ต่างอำเภอในจังหวัด	145	22.31
ต่างจังหวัด	25	3.84

ในเดือนมกราคม (10.6%) รองลงมาคือเดือนมีนาคม (9.85%) ขณะที่ค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 8.34 รายต่อเดือน

ผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมายที่โรงพยาบาลพบคนโสดมากกว่าคนมีคู่เล็กน้อย แต่มีแนวโน้มเป็นคนโสดมากขึ้นจากร้อยละ 33.09 ในปี 2545 เป็น ร้อยละ 67.46 ในปี 2549 โดยร้อยละ 73.85 เป็นผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมือง ผู้ป่วยจากอำเภอต่าง ๆ ในจังหวัดจะส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน เมื่อมีอาการหนัก ร้อยละ 22.31 และเป็นนักเรียน นักศึกษา ร้อยละ 51.08 รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ 27.54 (ตารางที่ 2)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.15 เป็นครรภ์แรก เนื่องจากส่วนใหญ่เป็น นักเรียน นักศึกษา ในครรภ์หลังๆ มักเกิดจากการคุมกำเนิดผิดพลาด โดยเฉพาะยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดกิน เป็นการทำแท้งครั้งแรก ร้อยละ 77.85 แต่ก็ยังพบการทำแท้ง ครั้งที่ 2 และ 3 ค่อนข้างมาก

อายุครรภ์ที่ทำแท้งผิดกฎหมายอยู่ระหว่าง 5-30 สัปดาห์ ร้อยละ 80 มีอายุครรภ์น้อยกว่า 16 สัปดาห์ โดยมีอายุครรภ์เฉลี่ย 11.96 สัปดาห์ และไม่ได้คุมกำเนิด

ตารางที่ 3 ข้อมูลทางสูติกรรม (n=650)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์</b>		
ครรภ์ที่ 1	430	66.15
ครรภ์ที่ 2	106	16.31
ครรภ์ที่ 3	94	14.46
มากกว่าครรภ์ที่ 3	20	3.08
<b>จำนวนครั้งที่ทำแท้ง</b>		
ครั้งที่ 1	506	77.85
ครั้งที่ 2	122	18.77
ครั้งที่ 3	22	3.38
<b>อายุครรภ์(สัปดาห์)</b>		
น้อยกว่า 9	453	69.69
9 - 16	67	10.31
17 - 24	109	16.77
มากกว่า 24	21	3.23
<b>การคุมกำเนิด</b>		
คุมกำเนิด	108	16.62
ยาคุมชนิดกิน	49	7.54
ยาคุมฉุกเฉิน	46	7.08
ถุงยางอนามัย	13	2.0
ไม่ได้คุมกำเนิด	434	66.77

ร้อยละ 66.77 (ตารางที่ 3)

เหตุผลสำคัญที่ทำแท้ง คือ ยังเป็นนักเรียน นักศึกษา ร้อยละ 51.08 รองลงมา คือ ยังไม่พร้อม ร้อยละ 31.54 เนื่องจาก ฐานะ อาชีพ และสถานภาพ

ผู้รับทำแท้งเป็นผดุงครรภ์โบราณและเจ้าหน้าที่พยาบาลร้อยละ 88.00 ซึ่งมีจำนวนมากและค่อนข้างรู้แหล่งทำในจังหวัด โดยการใส่สายยางสวนปัสสาวะคาไว้ในโพรงมดลูก ร้อยละ 88.00 (ตารางที่ 4)

อาการที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล คือ มีไข้ ปวดท้องน้อยและเลือดออกทางช่องคลอด ไกล่เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 90.92, 89.08 และ 84.62 ตามลำดับ มีภาวะช็อก 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.07 (ตารางที่ 5)

การรักษาส่วนใหญ่เป็นการชูดมดลูกหลังจากได้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 72.00 เนื่องจากแท้งไม่ครบ ยกเว้น

ตารางที่ 4 ประวัติการทำแท้ง (n=650)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เหตุผลที่ทำแท้ง</b>		
เรียนหนังสือ	332	51.08
ไม่พร้อม (ปัญหาเศรษฐกิจ, ลังคม)	205	31.54
คุมกำเนิดผิดพลาด	104	16.00
ปัญหาครอบครัว (เลิกกับสามี, มีซู้)	7	1.07
ทำหมันแล้วตั้งครรภ์	2	0.31
<b>ผู้รับทำแท้ง</b>		
แพทย์	17	2.62
ผุ้ตั้งครรภ์โบราณ/เจ้าหน้าที่พยาบาล	572	88.00
หมอเถื่อน/หมอดำแย	46	7.08
ตัวเอง	13	2.00
<b>วิธีการทำแท้ง</b>		
ใส่สายยางสวนปัสสาวะ	572	88.00
ฉีดยา/ใส่เครื่องมือทางช่องคลอด	25	3.85
ฉีดยาเข้าเส้นเลือด/กล้ามเนื้อ	10	1.54
กินยาขับ	13	2.00
ขูดมดลูก/ใช้เครื่องดูด	17	2.61
บีบท้อง	13	2.00

ตารางที่ 5 อาการทางคลินิก (n=650)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาการและอาการแสดง</b>		
มีไข้	591	90.92
ปวดท้องน้อย, กดเจ็บ	579	89.08
เลือดออกทางช่องคลอด	550	84.62
มีชิ้นเนื้อหลุดอยู่ในช่องคลอด	345	53.08
ซีด	33	5.07
<b>ชนิดของการแท้ง</b>		
แท้งครบ	67	10.31
แท้งไม่ครบ	518	76.69
แท้งติดเชื้อ	591	90.92
แท้งหลีกเลี่ยงไม่ได้	46	7.08
ไม่แท้ง	19	2.92

ตารางที่ 6 การรักษาผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมายที่มารับรักษาที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ (n=650)

วิธีการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ	591	90.92
ขูดมดลูก(curettage)	468	72.00
แท้งครบ, แท้งเอง (complete abortion)	67	10.31
ให้ยา syntocinonทางหลอดเลือดดำ	64	9.85
ให้ยา syntocinonร่วมกับขูดมดลูก	27	4.15
ผ่าตัดทางหน้าท้อง(laparotomy)	5	0.77
ล้างช่องท้อง (peritoneal lavage) และวาง drain	2	0.31
ตัดมดลูก (hysterectomy) และวาง drain	3	0.46
ไม่แท้ง (ตั้งครรภ์ต่อ)	19	2.92

บางรายที่แท้งครบจะมีอายุครรภ์น้อยกว่า 8 สัปดาห์ ในรายที่อายุครรภ์มากจะให้ยา Syntocinon ทางหลอดเลือดเพื่อเร่งให้เกิดการแท้งในรายที่มีการติดเชื้อมาก่อน โดยเฉพาะในรายที่อายุครรภ์มากกว่า 16 สัปดาห์ มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องผ่าตัด 5 ราย ตัดมดลูก 3 ราย (ตารางที่ 6)

การทำแท้งผิดกฎหมายที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ พบว่ามีการติดเชื้อทั้งหมด ร้อยละ 60.46 มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ร้อยละ 33.69 และ เสียชีวิต 2 ราย ร้อยละ 0.31 (ตารางที่ 7)

ระยะเวลาผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมายนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมีพิสัยตั้งแต่ 1 วัน ถึงมากที่สุด 25 วัน ระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.18 วัน โดยส่วนใหญ่อนโรงพยาบาล 1 ถึง 3 วัน ร้อยละ 80.61

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมาย 650 คน เป็นเงินทั้งหมด 2,909,114 บาท เฉลี่ยค่าใช้จ่ายต่อราย 4,475.56 บาท ค่าใช้จ่ายจะสูงมาก ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น มี septic shock และต้องผ่าตัด โดยส่วนมากใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ 7 ภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งผิดกฎหมาย (n=650)

ภาวะแทรกซ้อนที่พบ	จำนวน	ร้อยละ	เสียชีวิต (ราย)
ติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน(pelvic infection)	393	60.46	-
ติดเชื้อในกระแสเลือด(sepsis)	186	28.61	-
ช็อกจากการเสียเลือดมาก(hypovolemic shock)	21	3.23	-
ช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock)	12	1.85	-
- ผ่าตัดหน้าท้อง และวาง drain	2	0.31	-
- ผ่าตัดมดลูก	3	0.46	2
ไม่พบภาวะแทรกซ้อน	38	5.85	-

หมายเหตุ: การติดเชื้อจากการทำแท้งจะเริ่มจากติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ตามด้วยการติดเชื้อในกระแสเลือด และถ้าอาการหนักขึ้นจะช็อกจากการติดเชื้อ ซึ่งจะพบร่วมกันตามลำดับ

### วิจารณ์

การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนและการตั้งครรรภ์อันไม่พึงประสงค์ มีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนมากขึ้น และเป็นเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ปราศจากการวางแผนและการคุมกำเนิดที่เหมาะสม<sup>(7,8)</sup>

การศึกษานี้พบผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมาย 650 ราย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ในเวลา 5 ปี โดยปริมาณผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมายในแต่ละปีใกล้เคียงกันไม่เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีสถานที่เปิดทำแท้งผิดกฎหมายจำนวนมากและไม่มีการปราบปรามทำให้ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่ไปทำแท้งผิดกฎหมายพบผู้ป่วยมากขึ้นในเดือนมกราคมและมีนาคมซึ่งน่าจะสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันในเทศกาลก่อนหน้าเช่น ลอยกระทง วาเลนไทน์ เป็นต้น ผู้ป่วยมีอายุน้อยกว่า 20 ปี และเป็นนักเรียนนักศึกษาประมาณครึ่งหนึ่ง (48.92 และ 51.08%) มีแนวโน้มเป็นคนโสดมากขึ้น เนื่องจากแต่งงานช้าและมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน ครรรภ์ที่ทำแท้งส่วนใหญ่ เป็นครรรภ์แรก ( 66.15%) อายุครรรภ์น้อยกว่า 16 สัปดาห์ (80%) และเป็นการทำแท้งครั้งแรก (77.85%) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>(7-13)</sup> วิธีการทำแท้งคือ

ใส่สายยางสวนท่อปัสสาวะคาไว้ในโพรงมดลูก ถึงร้อยละ 88 ซึ่งเป็นวิธีการทำแท้งแบบดั้งเดิมของผดุงครรรภ์โบราณในจังหวัดนี้ ทำให้เกิดการติดเชื้อ (90.92%) และภาวะแทรกซ้อนรุนแรง (33.69%) ซึ่งค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ อิติกร แพทย์ชีพและคณะ<sup>(11)</sup> ที่โรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2543 พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ร้อยละ 24.8 แต่ใกล้เคียงกับการศึกษาของ พิรยุทธ สาณกุล<sup>(12)</sup> ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2538-2542 พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 32.4 และ สุวรรณ วรคามิน และคณะ<sup>(7)</sup> ศึกษาในโรงพยาบาลของรัฐ 787 แห่ง ใน พ.ศ. 2542 พบอัตราเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ร้อยละ 39.8 พบอัตราตายร้อยละ 0.31 ซึ่งต่ำกว่ารายงานในประเทศกำลังพัฒนาอื่น (0.67 ถึง 12.2%)<sup>(14,15)</sup> แต่ค่อนข้างสูงสำหรับรายงานในประเทศไทยพบอัตราตายร้อยละ 0.09<sup>(16)</sup>

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 4,475.56 บาท ต่อราย ซึ่งอยู่ในระดับกลางเมื่อเทียบกับรายงานอื่น 7,11-13,17 แม้จะให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ถึงร้อยละ 94.15 แต่การชุดมดลูก ไม่ได้ดมยาสลบ

ปัญหาการทำแท้งผิดกฎหมายติดเชื้อ เป็นปัญหา

เรื่องร้องของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ และสาธารณสุขของ  
ไทย มีสาเหตุพอประมวลได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจ เรื่องเพศศึกษา  
และการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง<sup>(7,18,19)</sup> โดยเฉพาะนักเรียน  
นักศึกษา

2. ขาดความรู้ ความเข้าใจ เรื่องคุมกำเนิดถาวร  
(การทำหมัน) ทำให้สตรีที่มีอายุมาก หรือมีบุตรพอแล้ว  
ไม่ได้ทำหมัน เกิดข้อผิดพลาดจากการคุมกำเนิดชั่วคราว  
หรือไม่ได้คุมกำเนิด

3. ขาดการอบรมทางจริยธรรมในสถานศึกษา  
ประกอบกับอิทธิพลของวัฒนธรรมตะวันตก ทำให้หญิง  
ชายวัยเรียนมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรหรืออยู่ด้วยกัน  
ก่อนแต่งงานจากเหตุปัจจัยดังกล่าว ก่อให้เกิดการตั้ง  
ครรภ์อันไม่พึงประสงค์ นำไปสู่การทำแท้งผิดกฎหมาย  
ในที่สุด

### สรุป

มีการทำแท้งผิดกฎหมายจำนวนมากในจังหวัด  
เพชรบูรณ์ ผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมาย มารับการรักษาที่  
โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เกิดการติดเชื้อ มีภาวะแทรกซ้อน  
และเสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็นนักเรียนนักศึกษา มีอายุน้อย  
การที่จะลดจำนวนผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมาย ต้องการ  
ความร่วมมือในการป้องกันแก้ไข มีโครงการเชิงรุก เช่น  
จัดอบรมให้ความรู้ เรื่องเพศศึกษา การมีเพศสัมพันธ์ที่  
ปลอดภัย การคุมกำเนิด มีทักษะในการดำเนินชีวิต เสริม  
สร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว มีการป้องกัน  
และปราบปรามสถานที่ทำแท้งผิดกฎหมาย และมี  
ทางออกให้ผู้ป่วยตั้งครรภ์อันไม่พึงประสงค์ ซึ่งจะ  
เป็นการแก้ปัญหาในระยะยาว

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำตึกสูติ  
นรีเวชกรรม และห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกนรีเวช ใน  
การรวบรวมข้อมูลและซักประวัติผู้ป่วย

### เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Glistrap III LC, Wenstrom KD. Williams' obstetrics. 22nd ed. New York: McGraw-Hill; 2005. p. 241-7.
2. วิรัช วิศวกรรมกล. การแท้ง. ใน: ชีรพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โอ เอส พริ้นติ้ง เฮ้าส์ ; 2548. หน้า 274-84.
3. ชีรพร วุฒยวนิช. การแท้ง. ใน: ชีรพร วุฒยวนิช, ชีระ ทองสง, บรรณาธิการ. ตำราสูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: พี บี ฟอเรนซิกเซนเตอร์; 2537. หน้า 145-53.
4. Najmi RS. Complication attributed to illicit abortion. J Pak Med Assoc 1998; 48(2):42-5.
5. Konje JC, Obisesan KA, Ladipo OA. Health and economic consequences of septic induced abortion. Int J Gynaecol Obstet 1992; 37(3):193-7.
6. Rana A, Pradhan N, Gurang G, Singh M. Induced septic abortion: a major factor in maternal mortality and morbidity. J Obstet Gynecol Res 2004; 30 (1):3-8.
7. สุวรรณ วรคามิน, นงลักษณ์ บุญไทย. สรุปผลการสำรวจสถานการณ์การแท้งในประเทศไทยปี 2542 โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก. วารสารวางแผนครอบครัวและประชากร 2544; 4(2):5-7.
8. นภาพรณ์ ทะวานนท์. การตั้งครภ์ไม่พึงประสงค์ และการยุติการตั้งครภ์: ประเด็นท้าทายนโยบายการให้บริการของรัฐ. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 2539; 1:45-54.
9. อมร เกิดสว่าง, สุพร เกิดสว่าง. Nation-wide study on health hazard of illegally induced abortion. Bangkok: United Nation Fund for Population Activities; 1984.
10. อมร เกิดสว่าง, สุพร เกิดสว่าง, สุวนีย์ ศรีสุพรรณดิษฐ์, กัลยา โกมุทสกุล, วนิดา วิโรจน์กุล, สุภาณันท์ ทรัพย์อัมพรและคณะ. ผู้ป่วยเนื่องจากการลักลอบทำแท้งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศิริราช. ใน: สุพร เกิดสว่าง บรรณาธิการ. ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการทำแท้งในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: ชีระการพิมพ์; 2523. หน้า 108-19.
11. ธิติกร แพทย์ชีพ, วิณา ชิวเกียรติยิ่งยง, เจศญา ถิ่นคำรพ. ภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งในผู้ป่วยที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่นวารสาร 2546; 27(1):1-7.
12. พิระยุทธ สาธุกุล. ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการติดเชื้อในผู้ป่วยที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการครั้งที่ 15 และการประชุมสามัญประจำปี ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย 254 17-19 ตุลาคม 2544; ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี. กรุงเทพมหานคร; อุดมสุข; 2544. หน้า 105.
13. วิทยา สวัสดิ์พิพิงศ์, วรลักษณ์ ใจสะอาด, พัชรี เงินตรา, นวิวรรณ ชาวเกียรติพิงศ์, ปราณิ มหาศักดิ์พันธ์ุ, ชูดี ดาทิพย์, ประพันธ์ ดาทิพย์. ผู้ป่วยทำแท้งในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2001; 10(1):76-82.
14. Kulier R, Fekin A, Hofmeyr GJ, Campana A. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy.

- Cochrane Database Syst Rev 2001: CD002900.
15. Panda SN, Bandyopadhyay S. A study on septic abortion at a tertiary hospital. Proceedings of 6th World Congress and 14th India Conference on Reproductive and child Health Care: 2002 Sep 20-22; New Delhi, Brahmapur, Orissa: M.K.C.A. Medical College & Hospital India; 2002.
  16. นงลักษณ์ บุญไทย. สรุปผลการสำรวจสถานการณ์การแท้งในประเทศไทยในปี 2542. เอกสารประกอบการอบรมเรื่อง การป้องกันการแท้งที่ไม่ปลอดภัย; 27-29 กุมภาพันธ์ 2551; ณ โรงแรมไดมอนด์ ปาร์ค อินน์, เชียงราย. นนทบุรี: กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2551.
  17. Khan AR, Begum SF, Covington DL, Janowitz B, James S, Potts M. Risks and costs of illegally induced abortion in Bangladesh. J Biosoc Sci 1984; 16(1):89-98.
  18. Bomham DR, Oloto EJ. Trying to prevent abortion. Eur J Contracept Reprod Health Care 1997; 2(2):81-7.
  19. สรinya เผือกผ่อง. การทำแท้ง: ปัญหาและแนวทางแก้ไข. วารสารคหเศรษฐศาสตร์ 2537; 37(3):18-27.

**Abstract Criminal Aborted Patients at Phetchabun Hospital  
Prapas Meethong**

Department of Obstetric & Gynecology, Phetchabun Hospital, Phetchabun  
*Journal of Health Science* 2008; 17:SIV1107-13.

The objective of this retrospective descriptive study was to determine epidemiology, clinical manifestation, management and complications of criminal aborted patients at Phetchabun hospital. It included 650 criminal aborted patients admitted at the gynaecological ward, Phetchabun hospital from January 1, 2002 to December 31, 2006. Data were collected from criminal aborted patients' register book and medical records including age, occupation, marital status, gravidarum, gestational age, criminal aborted methods, treatments and complications. It was reported that half of the patients were students (51.08%) aged less than 20 years (48.92%) and single (from 33.09% in 2002 to 67.46% in 2006). Most of them were first gravidarum (66.15%) and gestational age less than 16 weeks (80.00%). The criminal abortion method was mostly inserted urinary catheter through vagina into uterine cavity (88%), causing infections (89.07%) severe complications (33.69%) and deaths (0.31%).

The study showed that a lot of criminal aborted patients, treated at Phetchabun hospital, had infections, severe complications and deaths. Most of them were young students and, hence, portrays public health and social problems requiring preventive and social interventions.

**Key words:** criminal abortion, complications, infections